

**KARLOVA UNIVERZITA  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY**



**Ucelená rehabilitace dětí a mládeže s kombinovaným  
postižením  
Comprehensive rehabilitation of children and youth with  
multiple disabilities**

**bakalářská práce**

vypracovala: **Bc. Marie Linková**  
vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Pavlína Šumníková, Ph.D.**

Praha 2012

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce Mgr. Pavlína Šumníkové, Ph.D. samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury.

Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Plzni, dne:

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Pavlíně Šumníkové, Ph.D. za odborné vedení, konstruktivní připomínky a rady, které mi pomohly při vypracovávání této práce.

Dále děkuji všem pracovníkům a uživatelům zařízení *Denní stacionář ČLOVÍČEK program pro děti a mládež* za umožnění výzkumného šetření, jejich ochotnou spolupráci a trpělivost.

## **Abstrakt**

Tato práce pojednává v teoretické části o ucelené rehabilitaci dětí a mládeže s kombinovaným postižením v České republice se zaměřením na pedagogickou a sociální složku ucelené rehabilitace.

V práci je prezentován fenomén kombinovaného postižení, možnosti vzdělávání dětí a mládeže s tímto postižením a systém sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Jsou charakterizovány metody podpory dětí a mládeže s kombinovaným postižením (bazální stimulace, fyzioterapie, animoterapie a muzikoterapie).

Praktická část práce sestává z výzkumného šetření, které proběhlo ve vybraném zařízení formou hloubkových rozhovorů s pracovníky, analýzou dokumentů a pozorováním; šetření je zaměřeno na způsob realizace metod podpory uživatelů zařízení a na zjištění toho, zda jsou metody aplikovány v souladu s principy ucelené rehabilitace.

## **Klíčová slova**

ucelená rehabilitace, děti a mládež s kombinovaným postižením, vzdělávací systém, sociální služby, metody podpory, denní stacionář

## **Abstract**

The theoretical background of the diploma thesis discusses the comprehensive rehabilitation of children and youth with multiple disabilities in the Czech Republic with regard to the pedagogical and social aspects of the comprehensive rehabilitation. The phenomenon of multiple disabilities, possibilities for education of children and youth with multiple disabilities and the system of social services for this target group are presented here. The methods for supporting children and youth with multiple disabilities (basic stimulation, physiotherapy, animal assisted therapy, music therapy) are characterised.

The research carried out in a chosen institution employed the following research methods: in-depth interviews with social workers, document analysis and observation. The research focused on the realization of the methods for supporting clients of the institution. It also explored whether the methods are applied in compliance with the principals of comprehensive rehabilitation.

## **Key words**

comprehensive rehabilitation, children and youth with multiple disabilities, educational system, social services, methods of support, day hospital

# Obsah

Úvod .....	6
1. Ucelená rehabilitace .....	10
1.1 Léčebná rehabilitace .....	12
1.2 Sociální rehabilitace.....	13
1.2.1 Sociální služby .....	13
1.2.2 Rodina jako cílová skupina sociální rehabilitace.....	16
1.2.3 Další složky sociální rehabilitace .....	16
1.3 Pedagogická rehabilitace.....	17
1.3.1 Individuální vzdělávací plán .....	18
1.3.2 Asistent pedagoga a osobní asistent .....	19
1.3.3 Školská poradenská zařízení a jejich úloha při vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami .....	20
1.3.4 Raná péče .....	21
1.4 Pracovní rehabilitace.....	22
2. Člověk s kombinovaným postižením .....	24
2.1 Definice pojmu, charakteristika .....	24
2.2 Vzdělávání dětí s kombinovaným postižením .....	25
3. Metody podpory dětí a mládeže s kombinovaným postižením.....	28
3.1 Bazální stimulace.....	28
3.2 Fyzioterapie .....	30
3.3 Muzikoterapie.....	30
3.3.1 Využití muzikoterapie u dětí a mládeže s kombinovaným postižením.....	32
3.4 Animoterapie .....	33
3.4.1 Canisterapie.....	34
3.4.2 Hiporehabilitace .....	34
4. Ucelená rehabilitace v Denním stacionáři ČLOVÍČEK program pro děti a mládež ..	36
4.1 Sociální služba denní stacionář .....	36

4.2 Metodologie výzkumného šetření .....	36
4.2.1 Rozhovor .....	37
4.2.2 Analýza dokumentů .....	38
4.2.3 Pozorování .....	38
4.3 Výzkumné otázky .....	39
4.4 Výzkumné předpoklady .....	39
4.5 Denní stacionář ČLOVÍČEK program pro děti a mládež .....	40
4.5.1 Historie .....	40
4.5.2 Prostorové zabezpečení .....	40
4.5.3 Personální zabezpečení .....	41
4.5.4 Veřejný závazek .....	41
4.5.5 Denní rozvrh .....	42
4.6 Výsledky šetření .....	43
4.7 Závěry šetření .....	46
Závěr .....	50
Seznam použité literatury .....	53
Internetové zdroje .....	58

## Úvod

Současná společnost uznává, že každému člověku přísluší základní lidská práva, která mu náleží po celý život, bez ohledu na jeho pohlaví, barvu pleti, zdravotní postižení, sexuální orientaci, náboženství či jinou rozlišovací charakteristiku. Mezi tato práva patří právo na život, právo na svobodu, právo na volný pohyb, právo na vzdělání, právo na práci a další práva, která vymezuje *Všeobecná deklarace lidských práv* (OSN, 1948).

U lidí s postižením obecně, a u dětí a mládeže s kombinovaným postižením obzvláště, může docházet i dnes k nedodržování (porušování) těchto základních práv.

V České republice mohou být lidé s mentálním postižením stále zbaveni způsobilosti k právním úkonům, což jim např. znemožňuje uzavřít manželství, přestože to je jedno z práv deklarovaných *Všeobecnou deklarací lidských práv* (OSN, 1948).

Koncept ucelené rehabilitace a jeho realizace v praxi je prostředkem k tomu, aby lidé s postižením mohli žít co nejvíce samostatným a nezávislým způsobem života, tedy aby mohli plně využívat svá práva a prožít důstojný a plnohodnotný život.

Cílem této práce je představit koncept ucelené rehabilitace u cílové skupiny dětí a mládeže s kombinovaným postižením, charakterizovat některé metody podpory, které mohou být v rámci realizace ucelené rehabilitace aplikovány, a zjistit, zda jsou jednotlivé metody podpory realizovány ve vybraném zařízení v souladu s principy ucelené rehabilitace. Zjištění, resp. závěry z nich vyplývající, budou sloužit jako podklady k hodnocení stávajícího stavu naplňování konceptu ucelené rehabilitace v daném zařízení a případně k zavedení takových opatření, která by k němu vedla.

V první kapitole této práce vymezují koncept ucelené rehabilitace a popisují jeho jednotlivé složky – léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní rehabilitaci – v obecné rovině. Tyto jednotlivé složky se u každého člověka s postižením individuálně propojují a prolínají, vzájemně překrývají. V průběhu života se mění důležitost a potřebnost jednotlivých složek u konkrétního člověka s postižením. U dětí a mládeže s kombinovaným postižením mají z pohledu speciální pedagogiky a sociální práce význam především složky sociální a pedagogická, proto se jim věnuji podrobněji.

Ve druhé kapitole pojednávám o člověku s kombinovaným postižením, resp. o fenoménu kombinovaného (těžkého) postižení, o pedagogické rehabilitaci dětí a



mládeže s kombinovaným postižením, která je realizována prostřednictvím vzdělávacího systému pro tyto děti a mládež, a o sociální rehabilitaci dětí a mládeže s kombinovaným postižením, která se uskutečňuje především pomocí systému sociálních služeb.

Ve třetí kapitole prezentuji metody (koncepty) podpory dětí a mládeže s kombinovaným postižením, které mohou být aplikovány v procesu ucelené rehabilitace. Tyto metody jsou transdisciplinárního charakteru a na jejich provádění se podílí odborníci různých profesí i laici – rodiče (blízké osoby) – dětí a mládeže s kombinovaným postižením.

Ve čtvrté kapitole pak podávám zprávu o šetření, které jsem provedla v zařízení *Denní stacionář ČLOVÍČEK program pro děti a mládež* v Plzni. V tomto šetření zjišťuji, jak jsou realizovány jednotlivé metody podpory dětí a mládeže s kombinovaným postižením a zda je daný způsob realizace v souladu s principy ucelené rehabilitace. Metodami, které jsem použila pro své šetření, byly polostrukturované rozhovory s pracovníky, analýza dokumentů a pozorování.

## 1. Ucelená rehabilitace

Dle *Standardních pravidel pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením* je rehabilitace definována takto:

*„Rehabilitace je proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením, aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a/nebo sociální úroveň funkcí, tedy poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života směrem k dosažení vyšší úrovně nezávislosti. Rehabilitace může zahrnovat opatření pro zajištění a/nebo obnovu funkcí, nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce nebo funkční omezení“* (OSN, 1993, 6).

Pro cílovou skupinu lidí (dětí a mládeže) s vrozeným kombinovaným postižením je důležité, že daná definice reflektuje možnost vrozeného postižení.

*Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014* (ČR, 2010, 31) charakterizuje rehabilitaci takto:

*„Rehabilitace je v tomto kontextu charakterizována jako vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jedince. V případě vzniklých následků zdravotního postižení je cílem rehabilitace co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením poškozených úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou do všech obvyklých společenských aktivit s maximálním důrazem na jejich pracovní začlenění.“*

Jak uvádějí výše uvedené definice, *rehabilitace* je zaměřena na člověka jako celek, resp. na všechny oblasti jeho života.

V České republice je však rehabilitace obvykle chápána pouze jako *rehabilitace léčebná*, resp. je zaměňována za fyzioterapii (Švestková in Lippertová-Grünerová, 2005), proto je přidán pojem *ucelená*, což je překlad anglického *comprehensive* – ucelený, úplný, celkový – (Votava in Votava a kol., 2003).

Jesenský (1995) používá namísto pojmu *ucelená* pojem *komprehenzivní*. Pojmy *ucelená* a *komprehenzivní* jsou si v tomto pojetí synonymy.

V již zmíněném *Národním plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014* (ČR, 2010, 32) se k problematice *ucelenosti* dočteme toto:

*„Je nezbytné, aby proces rehabilitace byl prováděn uceleně. Ucelenost v rehabilitaci znamená především časnost, návaznost jednotlivých složek rehabilitace (léčebné, sociální, pedagogické a pracovní) na sebe a také komplexnost. Ucelené provádění rehabilitace je důležité nejen pro samotnou osobu se zdravotním postižením, ale je výhodné i pro stát a celou společnost.“*

Votava (in Votava a kol., 2003, 16) pak uvádí, že:

*„Ucelenost rehabilitace je dána tím, že se její jednotlivé složky vzájemně propojují. Odborníci z oblasti léčebné rehabilitace musí vědět, kdo (tedy který odborník) je za určitou složku ucelené rehabilitace zodpovědný a s kým se tedy bude při řešení konkrétních úkolů spolupracovat. Měl by také být schopný poradit svým pacientům (klientům), co mohou v rámci celé UR očekávat a na koho se obrátit.“*

Základními charakteristikami ucelenosti je tedy včasnost, návaznost (propojenost) a komplexnost rehabilitace. To vyžaduje interdisciplinární spolupráci jak v oblasti vytváření potřebné legislativy, tak při rehabilitaci každého jednotlivého člověka s postižením. Naplnění těchto požadavků může být problematické, neboť je potřeba zajistit systémové změny, změny ve smýšlení široké veřejnosti o lidech s postižením a především změny ve smýšlení odborníků z mnoha profesí (organizací), kteří se na rehabilitaci člověka s postižením podílejí.

Pro ucelenost rehabilitace chápe Novosad (2000, 57) jako nezbytné poradenství, které je charakterizováno: *„týmovostí, provázaností, posloupností dílčích opatření a mezioborovou kooperací.“*

Složkami ucelené rehabilitace je tedy rehabilitace léčebná, sociální, pedagogická a pracovní (Jankovský, 2006; Votava in Votava a kol., 2003). Novosad (2000) k těmto řadí ještě rehabilitaci psychologickou, rodinnou a volnočasovou.

Co se týče legislativního ukotvení systému ucelené rehabilitace v ČR, Václav Krása, předseda *Národní rady osob se zdravotním postižením ČR*, říká toto:

*„Jednotný ucelený systém rehabilitace osob se zdravotním postižením právní předpisy České republiky dosud neupravují. (...) Základním problémem současného stavu na úseku rehabilitace je nedostatek právní úpravy rehabilitace jako takové,*

*nedostatek právní úpravy některých jejích oblastí, popř. nedostatek zajištění potřebné komunikace a provázanosti mezi jejími jednotlivými oblastmi. Uvedené nedostatky mají za následek velmi nízkou koordinaci, provázanost, popř. efektivnost postupu a činnosti jednotlivých subjektů působících v rámci systému rehabilitace“ (Krása, 2011, 2).*

O trnité cestě k vytvoření a přijetí zákona o ucelené rehabilitaci, kterou ČR nastoupila již na počátku 90. let minulého století, informuje také *Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR*, jehož pravomocí je (za spolupráce *Ministerstva zdravotnictví ČR* a *Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR*) návrh tohoto zákona vypracovat. (Čevela, Čeledová, 2011)

Na jedné straně je tedy ucelenost rehabilitace vnímána jako nezbytná, na druhé straně však neexistuje konsensus, který by umožnil vytvořit podklady pro její praktickou realizaci.

## **1.1 Léčebná rehabilitace**

Odborníci v oblasti zdravotnictví se zaměřují na nejrůznější subsystemy, jejichž správné fungování vede ke zdraví člověka. Proto je logické, že léčebná rehabilitace, stejně jako všechny další dílčí složky ucelené rehabilitace, není poskytována pouze jedním odborníkem, ale týmem odborníků. To zdůrazňují Votava, Švestková (in Votava a kol., 2003) i Jankovský (2006).

Tým se obvykle skládá z rehabilitačního lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologa, psychoterapeuta, klinického logopeda, sociálního pracovníka, protetiky, popř. dalších (Votava in Votava a kol., 2003).

Již ze složení týmu zajišťujícího léčebnou složku rehabilitace lze usuzovat na propojenost s ostatními složkami ucelené rehabilitace, např. získání způsobilosti pro výkon profese sociálního pracovníka se řídí *zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, sociální pracovník je ústřední osobou při realizaci sociální složky ucelené rehabilitace.

O překrývání léčebné rehabilitace s dalšími složkami, resp. o obtížnosti zařazení některých metod práce (terapií) do jedné ze základních složek ucelené rehabilitace, hovoří i Jankovský (2006, 25), který vymezuje jako možný prostředek léčebné rehabilitace *speciální terapie* (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie) a říká:

*„Máme na mysli jednak různé druhy terapie, tedy léčebné postupy ve smyslu léčebné rehabilitace, a na druhé straně je zase patrný mezioborový přesah do dalších disciplín (pedagogika, psychologie), ale také do oblasti umění.*

*Vzniká tak poněkud rozpačitá situace, kdy mohou být tyto specifické druhy terapie zařazeny vedle rehabilitace léčebné též pod rehabilitaci pedagogickou, resp. pedagogicko-psychologickou, ale také pracovní a konečně i sociální.“*

## **1.2 Sociální rehabilitace**

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách řadí sociální rehabilitaci mezi služby sociální prevence a definuje ji jako: „Soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí“ (§ 70, odst. 1).*

Zákon stanovuje také základní činnosti poskytované v rámci této služby. Jsou to:

- *„nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, nácvik soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (§ 70, odst. 2).*

### **1.2.1 Sociální služby**

Do konceptu sociální rehabilitace jako složky ucelené rehabilitace však nepatří pouze sociální rehabilitace jako sociální služba, nýbrž veškeré sociální služby, které jsou zákonem vymezeny. Zákon dělí sociální služby na *služby sociální péče* a *služby sociální prevence* (§ 32). Služby sociální péče, jejichž cílovou skupinou jsou (nejen) lidé se zdravotním postižením, jsou: *pečovatelská služba, osobní asistence, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionář, týdenní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení*. Cílem služeb sociální péče je podpora

soběstačnosti lidí, kteří je využívají, a jejich integrace do intaktní společnosti. U lidí, u nichž není možné tohoto cíle z důvodu jejich stavu dosáhnout, je cílem zajistit těmto osobám důstojný život (§ 38). Služby sociální prevence mají za cíl zabránit sociálnímu vyloučení, překonání nepříznivé životní situace a ochranu společnosti před sociálně-patologickými jevy (§ 53). Služby sociální prevence určené (nejen) lidem se zdravotním postižením jsou: *raná péče, tlumočnické služby, sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně-aktivizační služby pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením, sociálně-terapeutické dílny a sociální rehabilitace.*

Součástí sociálních služeb je také *sociální poradenství* (§ 32), které má velmi významnou roli v sociální složce ucelené rehabilitace. Sociální poradenství je děleno na základní a speciální, *základní sociální poradenství* je povinen poskytnout každý poskytovatel sociálních služeb, poskytování *odborného sociálního poradenství* je zaměřeno na jednotlivé cílové skupiny, kterými jsou občané, senioři, lidé se zdravotním postižením, atd. Součástí odborného sociálního poradenství je také půjčování kompenzačních pomůcek (§ 37).

Poskytovat sociální službu může pouze poskytovatel sociálních služeb, který je registrován (§ 78). K tomu, aby byl poskytovatel (fyzická či právnická osoba) registrován, musí splnit řadu podmínek stanovených zákonem (§ 79, odst. 1). Z registrace vyplývají pro poskytovatele sociálních služeb určité povinnosti (mimo jiné dodržování standardů kvality služby), které jsou stanoveny v § 88 a § 89. Registrující orgán (tj. krajský úřad nebo ministerstvo dle § 78 odst. 2) má právo provádět inspekci poskytování sociálních služeb, kterou je zjišťováno právě plnění povinností stanovených v § 88 a § 89. Kvalita poskytované služby se posuzuje podle standardů kvality sociálních služeb, což jsou kritéria, která stanovují kvalitu služby v oblasti procedurální, personální a provozní (§ 99). Standardů je 15, každý standard obsahuje určitý počet kritérií, která musí poskytovatel splňovat. Znění standardů kvality je přílohou číslo 2. vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, systém hodnocení plnění standardů kvality je stanoven v § 38 téže vyhlášky. Neplnění standardů kvality může dle zákona vést až ke zrušení registrace poskytovateli sociálních služeb (§ 83, odst. 3).

Člověk, který je závislý na pomoci jiného člověka (z důvodu věku, zdravotního postižení), má za splnění zákonných podmínek nárok na *příspěvek na péči* (§ 7). Výše

příspěvku na péči se odvíjí od stupně závislosti daného člověka na pomoci jiného člověka. Stupeň závislosti se určuje na základě (ne)schopnosti zvládat *základní životní potřeby*. Základními životními potřebami jsou dle § 9 odst. 1:

- „*mobilita*
- *orientace*
- *komunikace*
- *stravování*
- *oblékání a obouvání*
- *tělesná hygiena*
- *výkon fyziologické potřeby*
- *péče o zdraví*
- *osobní aktivity*
- *péče o domácnost.*“

Konkrétní úkony, které spadají pod jednotlivé životní potřeby, vymezuje příloha č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Stupně závislosti jsou dle zákona čtyři – lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost (§ 8). Pro posouzení stupně závislosti se musí člověk, který žádá o příspěvek na péči, podrobit sociálnímu šetření a lékařskému vyšetření zdravotního stavu (§ 21, odst. 1)

Výše příspěvku na péči se dále liší podle věku, zákon rozlišuje lidi mladší 18 let a lidi starší 18 let. Příspěvek na péči je vyplácen měsíčně a to úřadem práce, který má ve své pravomoci přijímání žádostí o příspěvek na péči a rozhodování o jeho přiznání (§ 7, odst. 4; § 18, odst. 1-2). Příspěvek na péči je vyplácen ze státního rozpočtu ČR (§ 7, odst. 1).

Zákon stanovuje, že příspěvek na péči může, resp. musí, člověk použít na pomoc při zajištění těch životních potřeb, které samostatně nezvládá; tuto pomoc může poskytovat osoba blízká, registrovaný poskytovatel sociálních služeb a další subjekty uvedené v zákoně (§ 7, odst. 2).

### 1.2.2 Rodina jako cílová skupina sociální rehabilitace

Velmi důležitou jednotkou, s níž se v rámci sociální rehabilitace (ale i ostatních složek ucelené rehabilitace) pracuje, je rodina (Jankovský, 2006). Rodina je institucí, místem, společenstvím lidí, do kterého se rodí dítě s postižením, popř. je institucí, místem, společenstvím lidí, které je primárně zasaženo, pokud dojde k získání postižení v průběhu života. Nenahraditelnost a jedinečnost rodiny pro vývoj člověka je zřejmá, proto je cílem, aby, narodí-li se dítě s postižením, mohlo v rodině zůstat. To s sebou přináší mnoho nároků právě na rodiče (popř. sourozence a další příbuzné), v první řadě vyrovnání se s touto *krizovou situací*, kterou narození dítěte s postižením představuje (Jankovský, 2006; Votava, Kaprová in Votava a kol. 2003; Ludíková in Renotírová, Ludíková a kol., 2005). K tomu tedy, aby mohla rodina s dítětem s postižením plně fungovat, je třeba zajistit jí dostatečnou podporu v oblasti psychologické, psychoterapeutické, sociální, ekonomické a dalších (Novosad, 2000). Podpora rodiny, spolupráce s rodinou a zapojení rodiny do praktické realizace ucelené rehabilitace je nezbytným předpokladem pro úspěch ucelené rehabilitace, ať už se jedná o rodinu, do které se narodí dítě s postižením, či rodinu, ve které jeden z členů získá postižení v průběhu života. Ke vztahu mezi odborníky a rodiči Strnadová a Šumníková (in Hájková (ed.) a kol., 2009, 56) uvádí: „*Prvořadým úkolem odborníků je ukázat rodičům respekt a vědomí, že největšími specialisty na své dítě jsou právě rodiče a že berou vážně jejich obavy i preference.*“

Důležitost rodičů jako členů multidisciplinárního týmu podílejícího se na ucelené rehabilitaci je taktéž zdůrazňována Jankovským (2006).

### 1.2.3 Další složky sociální rehabilitace

Poskytování finanční dávek, jejichž účelem je přispívat k ekonomické stabilitě člověka s postižením, je vymezené platnými právními předpisy a je významnou součástí sociální rehabilitace.

V neposlední řadě do sociální rehabilitace patří také právní předpisy upravující bezbariérovost staveb. Těmito předpisy jsou *zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon)* a *vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb*. Bezbariérovost



je nutným předpokladem pro dosažení samostatnosti a nezávislosti člověka se zdravotním postižením. Bez bezbariérovosti není možný samostatný pohyb lidí se zdravotním postižením, není možné samostatné bydlení či přístup do budov. Bez bezbariérovosti tak není možná plná integrace lidí se zdravotním postižením do intaktní společnosti.

### 1.3 Pedagogická rehabilitace

Vzdělávání dětí a mládeže se v ČR řídí *zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. Vzdělávání dětí a mládeže se zdravotním postižením se dále řídí *vyhláškou č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. Problematika poradenství v pedagogické sféře a činnost školských poradenských zařízení je vymezena *vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*.

Zákon deklaruje právo vzdělávat se pro všechny občany ČR (§ 2, odst. 1) a zároveň tímto stanovuje povinnost školní docházky, kterou dále specifikuje (§ 36). Zákonem je garantováno zohlednění vzdělávacích potřeb každého jedince (§ 2), což se konkrétně u dětí, žáků a studentů<sup>1</sup> se zdravotním postižením projeví např. právem na speciální vyučovací metody a přístupy, zajištěním speciálních pomůcek nezbytných pro vzdělávání apod.

Vzdělávání dětí se řídí rámcovými vzdělávacími programy, na jejichž podkladě jednotlivé školy vytvářejí školní vzdělávací programy (§ 3).

Vzhledem k tématu práce bude ve 2. kapitole pojednáno o rámcovém vzdělávacím programu pro základní školu speciální.

Děti se zdravotním postižením zákon definuje jako děti se speciálními vzdělávacími potřebami (§ 16, odst. 1).

Zákon dále pro děti se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, pro děti se souběžným postižením více vadami a pro děti s autismem stanovuje možnost vzdělávat se ve speciálních školách a taktéž možnost přípravy na vzdělání v přípravném stupni základní školy speciální (§ 16, odst. 8).

---

<sup>1</sup> Dále jen *děti*.

Pro děti s hlubokým mentálním postižením zákon umožňuje *jiné vzdělávání* odpovídající jejich fyzickým a duševním možnostem (§ 42).

*Vyhláška č. 73/ 2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* stanovuje formy speciálního vzdělávání pro děti se zdravotním postižením. Těmito formami jsou: individuální nebo skupinová integrace, vzdělávání ve speciální škole či kombinace uvedených forem (§ 3).

### **1.3.1 Individuální vzdělávací plán**

Školský zákon v § 18 stanovuje možnost pro dítě se speciálními vzdělávacími potřebami vypracovat individuální vzdělávací plán, který zohledňuje jeho potřeby a možnosti. Podrobnější informace o obsahu individuálního vzdělávacího plánu pak vymezuje *vyhláška č. 73/ 2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*.

Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu, speciálně-pedagogické a psychologické diagnostiky školského poradenského zařízení, doporučení lékařů a informací zjištěných od zákonných zástupců dítěte. Individuální vzdělávací plán obsahuje závěry speciálně-pedagogické a psychologické diagnostiky; oblasti podpory dítěte, způsoby, kterými je zajišťována speciálně pedagogická (psychologická) péče; seznam kompenzačních, rehabilitačních a dalších pomůcek, které jsou nutné pro vzdělávání; (ne)potřebnost dalšího pedagogického pracovníka při vzdělávání; identifikační údaje pracovníka poradenského zařízení, se kterým škola spolupracuje při vzdělávání. Individuální vzdělávací plán je obvykle vypracován před nástupem dítěte do školy (§ 6, odst. 1-5).

Za zpracování individuálního vzdělávacího plánu má odpovědnost ředitel školy, kde se dítě, pro které je individuální vzdělávací plán vytvořen, vzdělává; ředitel má také povinnost seznámit zákonného zástupce dítěte s výsledným zpracováním individuálního vzdělávacího plánu. Školské poradenské zařízení, které je jedním z subjektů podílejících se na vypracování individuálního plánu, dvakrát ročně vyhodnocuje (ne)plnění individuálního vzdělávacího plánu (§ 6, odst. 6-9).

Michalík (in Müller a kol., 2001, 50) chápe individuální vzdělávací program (plán) jako „živý dokument“, v tom smyslu, že: „*diagnostika a hodnocení dítěte s postižením je nikdy nekončící proces sloužící pro stanovení dalších cílů a jim odpovídajících nároků kladených na dítě.*“

### 1.3.2 Asistent pedagoga a osobní asistent

Dalším opatřením, které uvádí školský zákon a které má napomoci k zajištění kvalitního a efektivního vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, je možnost zřízení funkce asistenta pedagoga. Tuto možnost má ředitel školy za souhlasu ministerstva či krajského úřadu dle zřizovatele školy (§ 16). *Vyhláška č. 73/ 2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* vymezuje oblast působnosti asistenta pedagoga. Asistent pedagoga má být pomocníkem učiteli (pedagogickému pracovníku) při vzdělávání dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami. Má být pomocníkem dítěti se speciálními vzdělávacími potřebami především v oblasti adaptace na školní vyučování a v samotném procesu vyučování a přípravy na ně a zároveň má napomáhat v interakci a komunikaci mezi školou a zákonnými zástupci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami, popř. celou komunitou, ze které dítě vychází (§ 7, odst. 1).

*Vyhláška č. 73/ 2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* (§ 8, odst. 7) stanovuje, že v rámci vzdělávání dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami může ve škole působit *osobní asistent*, který ale není zaměstnancem školy. Je třeba zdůraznit, že zde může jít o propojení složek ucelené rehabilitace v praxi, neboť *osobní asistence* je *zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* definována jako terénní sociální služba a to služba sociální péče (§ 39, odst. 1). Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- „pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně
- pomoc při zajištění stravy
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (§ 39, odst. 2).*

Je důležité nesměšovat funkci asistenta pedagoga a funkci osobního asistenta, neboť tyto vychází z rozdílných východisek, liší se v náplni, způsobu financování, legislativním zabezpečení atd.

### **1.3.3 Školská poradenská zařízení a jejich úloha při vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami**

Jak již bylo řečeno, poradenství týkající se vzdělávání dětí (i se speciálními vzdělávacími potřebami) se řídí *vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.*

Školskými poradenskými zařízeními, která poskytují poradenství dětem, zákonným zástupcům, školám a školským zařízením, jsou *pedagogicko-psychologická poradna* a *speciálně-pedagogické centrum* (§ 3). Vzhledem k tématu práce je následující text zaměřen na činnost speciálně-pedagogického centra<sup>2</sup>. SPC poskytuje poradenství při výchově a vzdělávání dětí se zdravotním postižením, činnost SPC je zajišťována ambulantně, popř. může být realizována prostřednictvím návštěv pracovníků SPC ve škole či v rodině.

SPC zjišťuje připravenost dětí se zdravotním postižením na školní docházku, podílí se na zpracování individuálního vzdělávacího plánu, zajišťuje speciálně pedagogickou péči, provádí speciálně-pedagogickou a psychologickou diagnostiku, poskytuje poradenské služby týkající se výchovy a vzdělání zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům, poskytuje metodickou podporu škole (§ 6).

Součástí vyhlášky je i příloha č. 2, která stanovuje *standardní činnosti SPC*; ty jsou dále děleny na *standardní činnosti společné* a *standardní činnosti speciální*. Standardní činnosti společné vymezují okruh činností, které je povinno poskytovat každé SPC. Standardní činnosti speciální pak vymezují okruh činností, které poskytuje SPC dle svého specifického zaměření. Specifické zaměření SPC může být na vady řeči, zrakové postižení, sluchové postižení, tělesné postižení, mentální postižení, poruchy autistického spektra, hluchoslepotu či postižení více vadami.

---

<sup>2</sup> Dále jen SPC

### 1.3.4 Raná péče

Obvykle je do oblasti vzdělávání dětí se zdravotním postižením a tedy do pedagogické rehabilitace zařazována *raná péče* (Votava, Kaprová in Votava a kol., 2003) neboli *včasná intervence*, *raná podpora*, *raná intervence* (Vítková in Vítková (ed.) a kol., 2004; Opatřilová, 2010). Vítková (in Pipeková, 2010, 214) včasnou intervenci charakterizuje jako: „*systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace.*“

Ludíková (in Renotírová, Ludíková a kol., 2005, 150) vysvětluje nutnost včasnosti, ranosti, intervence: „*Útlý věk je období velmi rychlého vývoje. V době od narození do tří let se dítě rozvíjí po všech stránkách jako již nikdy v pozdějším věku.*“

Od 1. 1. 2007, kdy vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je raná péče sociální službou, službou sociální prevence. Je však logické, že zajištění rané péče je interdisciplinární záležitostí, což lze vyčíst např. ze složení týmu, který obvykle ranou péči poskytuje: sociální pracovník, speciální pedagog, psycholog, fyzioterapeut a další. (Votava, Kaprová in Votava a kol., 2003; Jankovský, 2006). Raná péče je poskytována jako terénní, popř. ambulantní, služba; je to služba pro dítě se zdravotním postižením (nebo takové, jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu) a jeho rodinu. Služba je poskytována od narození dítěte do jeho 7 let. Cílem služby je podpora rodiny a podpora vývoje dítěte (§ 54, odst. 1).

Základními činnostmi poskytovanými v rámci služby jsou:

- „*výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
- *sociálně terapeutické činnosti*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (§ 54, odst. 2).

Služba byla zařazena mezi služby sociální prevence právě proto, že cílem je minimalizovat vliv zdravotního postižení na toho, kdo je postižen, i na jeho rodinu, předcházet vzniku sekundárního postižení, sociální exkluzi celé rodiny dítěte s postižením. Tato podpůrná služba má napomáhat tomu, aby si rodina *mohla dovolit*

nechat si své dítě a vychovávat ho, namísto toho, aby jej umístila do některé z pobytových sociálních služeb, což s sebou nese (mimo jiné) i nepříznivé ekonomické důsledky pro celou společnost (Opatřilová, 2010).

## 1.4 Pracovní rehabilitace

Být zaměstnán, což znamená dostávat za práci mzdu, je jeden z předpokladů samostatného a soběstačného života. Práce (zde ve smyslu zaměstnání) přináší člověku finanční odměnu, umožňuje mu naplňovat více či méně potřebu seberealizace. Důležitým aspektem práce jsou také lidé – spolupracovníci, nadřízení i podřízení – a nutnost být s nimi v určitém vztahu, interakci. Formální vztahy se mohou časem měnit na vztahy neformální apod. Zaměstnání stimuluje k rozvoji nových dovedností, k celoživotnímu vzdělávání a dalším (Šiška, 2005). Být zaměstnán znamená mít určitý sociální status, být zaměstnán je v našem sociokulturním prostředí u dospělého člověka považováno za normu.

Naproti tomu nezaměstnanost (zejména dlouhodobá) s sebou nese řadu negativních aspektů. Buchtová (in Buchtová a kol., 2002) uvádí, že nezaměstnanost úzce souvisí s výskytem sociálně patologických jevů, kterými jsou např. závislosti na návykových látkách, kriminalita, vyšší výskyt sebevražd, vyšší nemocnost apod.

Lidé se zdravotním postižením jsou jednou ze skupin, která je obecně na trhu práce považována za rizikovou (ohroženou) nezaměstnaností (Buchtová in Buchtová a kol., 2002).

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením v České republice vymezuje *zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti*.

*Pracovní rehabilitace* je zákonem (§ 69, odst. 2) vymezena jako: „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením.*“ Pracovní rehabilitace je zaměřena především na poradenství ohledně volby pracovního uplatnění a na teoretickou i praktickou přípravu na pracovní uplatnění (§ 69, odst. 3).

*Chráněné pracovní místo* je pracovní místo pro osobu se zdravotním postižením, které může zaměstnavatel zřídit ve spolupráci s úřadem práce a na jehož zřízení je mu

za splnění zákonných podmínek poskytnut příspěvek, popř. mu může být poskytnut příspěvek na provozní náklady (§ 75 - § 78).

Od 1. 1. 2012 došlo ke sloučení institutu *chráněné pracovní dílny* s právě výše zmíněným chráněným pracovním místem, pojem chráněná pracovní dílna tak zákon již nezná.

Zákon stanovuje povinnost pro zaměstnavatele, který zaměstnává více než 25 zaměstnanců, zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu, výše povinného podílu činní 4 % (§ 81, odst. 1).

Tuto povinnost zaměstnavatel může plnit několika způsoby:

- „zaměstnáváním v pracovním poměru
- odebíráním výrobků/služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50% zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebíráním výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance, nebo zadáváním zakázek těmto osobám
- odvodem do státního rozpočtu
- vzájemnou kombinací výše uvedených způsobů“ (§ 81, odst. 2).

Lidem, kteří se z důvodu zdravotního postižení nemohou uplatnit na otevřeném ani chráněném pracovním trhu, je určena (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) sociální služba sociální prevence *sociálně-terapeutické dílny*, která je poskytována ambulantně a jejím cílem je: „*dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie*“ (§ 67, odst. 1). Základními činnostmi služby jsou:

- „*pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu*
- *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy*
- *nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění*
- *podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností*“ (§ 67, odst. 2).

## 2. Člověk s kombinovaným postižením

Proto, aby bylo zřejmé, o jaké cílové skupině práce pojednává, se následující kapitola zabývá vymezením pojmu kombinované postižení a možnostmi vzdělávání cílové skupiny lidí s kombinovaným postižením.

### 2.1 Definice pojmu, charakteristika

*Vícenásobné postižení, těžké mentální postižení, kombinované vady, děti s extrémně psychomotoricky retardovaným vývojem, kombinované postižení, děti s těžkým narušením vnímání, těžké zdravotní postižení, sdružené defekty, multihandicap atd. Všechny tyto termíny lze nalézt v odborné literatuře (Vítková in Pipeková et al., 2010; Opatřilová, 2005; Monatová, 1995; Ludíková in Renotíerová, Ludíková a kol., 2005) a všechny jsou označením pro stejný okruh lidí.*

*„Těžké postižení je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. (...) Přiřazení k tzv. hlavnímu symptomu ve smyslu klasického postižení, jako je postižení tělesné, mentální nebo smyslové, není možné, neboť tím by se na jedné straně ignoroval charakter komplexnosti postižení, na druhé straně celistvost individua“ (Vítková in Pipeková et al., 2010, 343).*

Monatová (1995, 170) k dané problematice uvádí: *„Kombinované neboli sdružené vady zahrnují velmi širokou škálu nedostatků, které přecházejí plynule od průměrných projevů v oblasti fyzických, psychických a sociálních funkcí k podprůměrným a dalšímu zhoršování určitých projevů až k závažným potížím.“*

Děti s kombinovaným postižením přibývá (Ludíková in Renotíerová, Ludíková a kol., 2005), což je dáno tím, že se díky moderním postupům medicíny daří zachraňovat stále větší procento předčasně narozených dětí. Jak uvádí Vítková (in Pipeková et al., 2010, 344): *„V současnosti lze jednoznačně konstatovat, že velká část dětí s těžkým postižením má v anamnéze předčasné narození.“*

Ludíková (in Ludíková a kol., 2005, 8) zároveň uvádí, že: *„Kategorie osob s kombinovanými vadami představuje ze všech úhlů pohledu nejsložitější skupinu, která*



*ale je současně stále ještě nejméně propracovanou oblastí speciálněpedagogické teorie i praxe.“*

Je tedy zřejmé, že v současné době představuje fenomén kombinovaného postižení pro speciální pedagogiku významnou oblast zájmu.

## **2.2 Vzdělávání dětí s kombinovaným postižením**

Jak již bylo uvedeno v kapitole 1.3, děti s kombinovaným postižením mají v ČR právo na vzdělání. Věstník MŠMT ČR (č. 8/1997, č. j. 25602/97-22) definuje dítě postižené více vadami následovně: *„Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.“* Pro potřeby školství se děti postižené více vadami dělí do třech skupin:

1. Děti, u kterých je společným znakem mentální retardace.
2. Děti, u kterých dochází ke kombinaci vad tělesných, smyslových a vad řeči; specifickou skupinou jsou děti hluchoslepé.
3. Děti s poruchami autistického spektra (Vítková in Pipeková et al., 2010).

K důležitosti vzdělávání dětí s kombinovaným postižením uvádí Ludíková (in Ludíková a kol., 2005, 12) toto: *„V současné době se jednoznačně ukazuje narůstající význam edukace postižených a její význam pro rozvoj a existenci postiženého člověka v postmoderní době vůbec. Tato premisa objektivně vymezuje nutnost speciální edukace osob s kombinovanými vadami“.*

Školský zákon stanovuje v § 36 povinnost školní docházky, která trvá devět školních let, nejdéle do sedmnácti let dítěte. V § 55 je zákonem stanoveno, že děti se zdravotním postižením se mohou vzdělávat na úrovni základního vzdělání do dvaceti šesti let. Zákon umožňuje dětem se středně těžkým mentálním postižením, těžkým (hlubokým) mentálním postižením, souběžným postižením více vadami a dětem s autismem vzdělávat se v základní škole speciální (§ 48, odst. 1).

Vzdělávání v základní škole speciální je rozděleno na dva stupně, první stupeň je tvořen prvním až šestým ročníkem, druhý stupeň je tvořen sedmým až desátým ročníkem (§ 48, odst. 2). Výsledky vzdělávání se v základní škole speciální hodnotí

slovně (§ 51, odst. 4). Absolvováním základní školy speciální získá dítě stupeň vzdělání *základy vzdělání* (§ 45, odst. 2).

Zákon umožňuje zřídit třídy přípravného stupně základní školy speciální. Do přípravné třídy může být zařazeno dítě na základě žádosti zákonného zástupce od začátku školního roku, ve kterém dosáhne věku pěti let. Přípravný stupeň může dítě navštěvovat jeden až tři roky (do doby než zahájí povinnou školní docházku). Výhodou je, že ve třídě přípravného stupně se může vzdělávat minimálně čtyři a maximálně šest dětí, tzn. dítě je zařazeno v kolektivu a zároveň je zde prostor pro vysoce individuální péči (§ 48a).

Dle *vyhlášky č. 73/ 2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* (§ 8, odst. 6) mohou ve třídě pro děti s těžkým zdravotním postižením působit současně až tři pedagogičtí pracovníci, kdy jeden z nich je asistent pedagoga. Pro počet dětí ve třídě je stanoveno stejné rozmezí jako pro počet dětí ve třídě přípravného stupně (§ 10, odst. 1).

*Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální*<sup>3</sup> rozpracovává ustanovení školského zákona, charakterizuje vzdělávání v základní škole speciální, vzdělávání u dětí se středně těžkým mentálním postižením, těžkým (hlubokým) mentálním postižením, souběžným postižením více vadami a dětí s autismem. RVP ZŠS vymezuje odlišně vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením (díl I části C RVP ZŠS) a vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami (díl II části C RVP ZŠS). Odlišnosti jsou v cílech vzdělání, obsahu, rozsahu i metodách vzdělávání (Výzkumný ústav pedagogický, 2008).

Pro vzdělávání dětí s těžkým mentálním postižením, souběžným postižením více vadami a autismem je nutné ve vzdělávacím procesu používat speciální vzdělávací metody a speciální pomůcky. Nutné je také specificky upravit prostor, kdy se tyto děti vzdělávají, aby zde bylo místo pro odpočinek, rehabilitaci apod. Každé dítě se vzdělává dle svého individuálního vzdělávacího plánu (Výzkumný ústav pedagogický, 2008).

Vzdělávací cíle se u těchto dětí týkají především rozvoje sebeobsluhy, motoriky, samostatného pohybu, komunikace, vztahů k okolí a rozvoje základních kognitivních funkcí (Výzkumný ústav pedagogický, 2008).

---

<sup>3</sup> dále jen *RVP ZŠS*

Díl II části C RVP ZŠS také stanovuje obsah a rozsah klíčových kompetencí, kterých by mělo být u dítěte dosaženo na konci základního vzdělání, důraz je kladen na kompetence komunikativní, pracovní, sociální a personální (Výzkumný ústav pedagogický, 2008).

Pro vzdělávání těchto dětí je vymezeno následujících pět vzdělávacích oblastí (v závorkách jsou uvedeny jednotlivé obory dané vzdělávací oblasti):

- „*Člověk a komunikace (Rozumová výchova, Řečová výchova)*
- *Člověk a jeho svět (Smyslová výchova)*
- *Umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova)*
- *Člověk a zdraví (Pohybová výchova, Zdravotní tělesná výchova nebo Rehabilitační tělesná výchova)*
- *Člověk a svět práce (Pracovní výchova)*“ (Výzkumný ústav pedagogický, 2008, 76).

U jednotlivých vzdělávacích oblastí je dále uvedena jejich charakteristika, cílové zaměření, vzdělávací obsah jednotlivých oborů, očekávané výstupy a učivo (Výzkumný ústav pedagogický, 2008).

Jak je patrné z výše uvedených charakteristik kombinovaného postižení, zasahuje toto do všech sfér života člověka s tímto postižením a tak i do života jeho blízkých. K tomu, aby člověk z intaktního prostředí mohl interagovat a komunikovat s člověkem s kombinovaným postižením, jsou vytvářeny různé metody (koncepty, terapie), o kterých bude pojednáno v další kapitole této práce.

### **3. Metody podpory dětí a mládeže s kombinovaným postižením**

V úvodu této kapitoly je potřeba zdůraznit, že aplikaci jednotlivých metod u konkrétního člověka se zdravotním postižením musí předcházet diagnostika, na základě které dochází ke zjištění konkrétních potřeb člověka se zdravotním postižením a která dále provází celý terapeutický proces.

Bazální stimulace, fyzioterapie, muzikoterapie a animoterapie (canisterapie a hiporehabilitace) jsou metody podpory, které jsou v praxi využívány při práci s dětmi a mládeží s kombinovaným postižením, proto nyní budou postupně charakterizovány a bude uveden jejich přínos pro danou cílovou skupinu.

#### **3.1 Bazální stimulace**

*„Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, která se snaží nabídnout jedincům s mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti“ (Vítková in Müller a kol., 2005, 223).*

*„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání“ (Friedlová, 2007, 19).*

Koncept bazální stimulace byl vytvářen od 70. let minulého století německým speciálním pedagogem, profesorem Andreasem Fröhlichem, který se ve své praxi zabýval právě prací s dětmi s těžkým kombinovaným postižením (Friedlová, 2007).

Koncept bazální stimulace je tedy vystavěn na předpokladu, že lidem s těžkým postižením je možné nabídnout takové podněty, které mohou vést k rozvoji jejich osobnosti jako celku. Tělo, resp. stimulace různých oblastí lidského těla, může být prostředkem komunikace, interakce člověka s těžkým postižením s jeho okolím. Friedlová (2007) uvádí, že pohyb, vnímání a komunikace jsou v neustálé interakci, je mezi nimi vztah vzájemné závislosti, jedno bez druhého není možné. Snahou těch, kteří provádí bazální stimulaci v praxi u konkrétního jedince se zdravotním postižením, je zprostředkovat mu zkušenosti, které jsou nezbytné pro vývoj osobnosti a život člověka vůbec (Vítková in Müller a kol., 2005).

Základními typy podnětů, které je možno lidem s těžkým postižením nabídnout, jsou podněty somatické, vibrační a vestibulární. „*Tyto tři oblasti podnětů se vztahují k nejranějším a nejelementárnějším formám vnímání*“ (Vítková in Müller a kol., 2005, 224). Vítková (in Müller a kol., 2005) uvádí důležitost těchto tří typů podnětů pro každého člověka na *geniálně jednoduchém* příkladu, který je znám z běžného života. Jde o situaci, kdy utěšujeme druhého člověka. Přitom se jej dotýkáme, říkáme utěšující slova, kolébáme jej. Toto přináší tomu, koho chceme utěšit, pocit bezpečí, jistoty a klidu.

Dalšími typy podnětů, které jsou v rámci bazální stimulace nabízeny, jsou podněty čichové, chuťové, vizuální, akustické, komunikativní a sociálně-emocionální (Vítková in Müller a kol., 2005); Friedlová (2007) uvádí jako další podněty optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické a orální. Je zde tedy snaha nabídnout člověku se zdravotním postižením širokou škálu podnětů, které se vzájemně doplňují a podporují. Cílem této snahy je aktivace člověka se zdravotním postižením, neboť aktivita je jedním z atributů života člověka (Vítková in Müller a kol., 2005).

Jedním z cílů konceptu bazální stimulace je porozumět člověku s těžkým s postižením, resp. nalézt vhodný komunikační prostředek pro komunikaci s tímto člověkem. Běžně mezi sebou lidé komunikují prostřednictvím *doteků*, kdy dochází ke spojení těla komunikátora a komunikanta. Dotek, záměrný tělesný kontakt, je velmi univerzální prostředek komunikace, kterým lze vyjádřit mnoho emocí od ryze pozitivních přes neutrální až k velmi negativním. Friedlová (2007, 72) k tematice doteků v konceptu bazální stimulace uvádí následující: „*Koncept bazální stimulace není doteková terapie a nelze ji s tímto pojmem zaměňovat. Koncept bazální stimulace ale pracuje s dotekem a klade velký důraz na kvalitu doteku.*“ Podstatné tedy je, kdo se člověka se zdravotním postižením dotýká, jakým způsobem se jej dotýká, kde se jej dotýká, proč se jej dotýká. Friedlová (2007) i Procházková (in Hájková (ed.) a kol., 2009) hovoří o tzv. *iniciálním doteku*, který předznamenává práci s klientem, probíhá vždy stejným způsobem, na stejném místě klientova těla, používají ho všichni, kdo přicházejí s klientem do styku. Obě autorky kladou důraz na to, že místo, na kterém je iniciální dotek prováděn, musí vycházet z individuality každého jedince a dohody odborníků i rodiny (pečujících osob).

Koncept bazální stimulace je v současné době uplatňován v různých profesích a při práci s mnohými cílovými skupinami. Friedlová (2007) nabízí přehled profesního zastoupení účastníků kurzů bazální stimulace, v něm je zastoupeno dvacet profesí z oblasti zdravotnictví, školství a sociální péče. Bazální stimulace je používána při práci se seniory (demence, Alzheimerova choroba), předčasně narozenými dětmi, dospělými (koma, bezvědomí) i umírajícími (Friedlová, 2007; Procházková in Hájková (ed.) a kol., 2009).

### 3.2 Fyzioterapie

Fyzioterapii vymezuje *Velký lékařský slovník* jako: „*způsob léčby fyzikálními metodami (teplem, elektrickým proudem, masážemi, manipulací, apod.)*“ (Vokurka, Hugo a kol. 2008, 185).

Pitrmanová, Matolínová, Votava (in Votava a kol., 2007) uvádějí jako zásadní léčebný prostředek fyzioterapie *cílený pohyb*, tj. soubor aktivit, které se nazývají *léčebná tělesná výchova*. Jako další prostředky fyzioterapie uvádí tito autoři fyzikální terapii, polohování, masáže atp. Přehled metod fyzikální terapie nabízí i Jankovský (2006): masáže, elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, termoterapie, léčba světlem, vodoléčba, balneoterapie a další.

V rámci fyzioterapie je používáno široké spektrum metod, jejichž cílem je pozitivní ovlivnění hybnosti člověka. Při studiu odborné literatury vyšlo najevo, že obvykle autoři zmiňují v rámci výčtu metod používaných ve fyzioterapii metodu manželů Bobathových a Vojtovu metodu (Pitrmanová, Matolínová, Votava in Votava a kol., 2003; Jankovský, 2006; Lippertová-Grünerová, 2005; atd.), v dalších metodách se jednotliví autoři shodují i rozcházejí.

### 3.3 Muzikoterapie

Již z názvu této metody vyplývá, že podstatou terapie je *léčebný účinek hudby*, resp. *využití hudby k léčebným účelům*. Při detailnějším pohledu na problematiku muzikoterapie však bylo zjištěno, že může být velmi obtížné tuto metodu definovat a zařadit do systému terapií.

Lipský (in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, 44) uvádí: „*Akademická obec se rozdělila na dvě skupiny autorů. Jedni nahlíží na muzikoterapii pouze jako na účinnou techniku, která spadá do rámce psychoterapeutických metod. Jiní přicházejí s názorem, že muzikoterapie představuje samostatný obor, který navazuje na psychoterapeutickou tradici a specifickým způsobem ji rozvíjí, doplňuje a přináší nový pohled na již zaběhlé metody a postupy.*“

Fakt, že muzikoterapie, ať už je chápána jakkoliv, vychází z psychoterapie, potvrzuje i Müller (in Renotiérová, Ludíková, a kol., 2005). Ten zároveň řadí muzikoterapii mezi *expresivní terapie*, tj. *arteterapie v širším smyslu*. Arteterapii v širším smyslu pak definuje jako: „*odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem*“ (Müller in Renotiérová, Ludíková a kol., 2005, 64-65). Uměleckými prostředky jsou pak jednotlivé druhy umění, takže lze hovořit o dramaterapii, biblioterapii, arteterapii v užším slova smyslu atd. (Müller in Renotiérová, Ludíková, a kol., 2005). Kantor (in Müller a kol., 2005, 169; Kantor in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, 21) uvádí pro expresivní terapie i další názvy: „*terapie neverbální, umělecké či art kreativní terapie, terapie uměním.*“

„*Muzikoterapie je expresivní terapie vymežitelná svébytným využíváním melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, druhu taktu – čili základních prvků hudebního umění*“ (Müller in Müller a kol., 2005, 30).

V muzikoterapii je základní a zásadní vztah mezi klientem a muzikoterapeutem, hudba je prostředkem k dosažení široké škály cílů, které vycházejí z individuálních potřeb klienta.

Muzikoterapie je využívána v mnoha pomáhajících profesích i u mnoha cílových skupin, měla by být aplikována muzikoterapeutem, který je pro její aplikaci odborně vyškolen (Kantor in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009).

Dle role klienta v muzikoterapii ji lze členit na aktivní a receptivní. U aktivní muzikoterapie, která zahrnuje hru na hudební nástroje, hru na tělo a práci s hlasem, je důležité, že klient nemusí mít žádné hudební dovednosti proto, aby u něj mohla být tato metoda indikována (Kantor in Müller a kol., 2005). U receptivní muzikoterapie jde primárně o poslech hudby, která je buď reprodukována, nebo ji muzikoterapeut aktivně

vytváří. U reprodukované hudby je výhodou možnost využití mnoha hudebních žánrů, je umožněn poslech takové hudby, kterou sám muzikoterapeut zprostředkovat nemůže; je možné využít moderní techniky pro zesílení/zeslabení hudby, popř. zvýraznění/utlumení některých prvků skladeb. Pro klienty, kteří jsou schopni muzikoterapeuta vnímat zrakem, může být hudba, kterou vytváří on sám, přitažlivější než hudba reprodukováná (Kantor in Müller a kol., 2005). Kantor (in Müller a kol., 2005) uvádí, že u receptivní muzikoterapie, kdy má být hudba interpretována muzikoterapeutem, je vhodná spolupráce více muzikoterapeutů/hudebníků.

Muzikoterapii podle počtu klientů, kteří se terapie účastní, lze členit na individuální, skupinovou a hromadnou (popř. kombinaci předešlých forem) (Kantor in Müller a kol., 2005). Jiné členění nabízí Kantor, Lipský, Weber (in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009), kteří k formě individuální a skupinové přidávají ještě formu komunitní, o které píší: „*Komunitní forma terapie je v současnosti již tak populární a vyhledávaná, že ji nelze považovat za typ skupinové terapie. (...) Komunitní terapie se týká rodin, pracovišť, komunit vrstevníků nebo komunit v různých institucích*“ (Kantor, Lipský, Weber in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, 124). Individuální forma se zaměřuje na interakci mezi klientem a terapeutem, u skupinové formy může terapeut využít skupinové dynamiky (Kantor in Müller a kol., 2005).

### **3.3.1 Využití muzikoterapie u dětí a mládeže s kombinovaným postižením**

Aktivní muzikoterapie sestává především ze hry na hudební nástroj. Často jsou využívány Orffovy nástroje, např. dřívka, rolničky s držátkem apod., které jsou klienti schopni dobře uchopit. Dalšími využitelnými nástroji jsou různá chrastidla z přírodních materiálů, jejichž zvuk působí přirozeně. Pokud klienti nejsou schopni úchopu, pak je možné využít např. rolniček či činelků, které lze navléknout na ruku nebo klientovi při hře asistovat. Dále jsou vhodné různé bubínky či tamburíny, které může držet asistent a klient do nich pouze *plácá* rukou. Dětská pianka umožňují použití byť jen jednoho prstu, což může být pro klienty s určitým postižením významné. Čím větší je výběr hudebních nástrojů specificky upravených dle potřeb konkrétního klienta, tím snáze si může klient vybrat takový, který mu vyhovuje, což může pozitivně ovlivnit celý proces a účinek terapie.



U receptivní muzikoterapie má pro děti a mládež s kombinovaným postižením důležitý význam poslech hudby, která je určena k relaxaci, snížení napětí. Často jsou tito klienti spastičtí, více unavitelní, proto po edukační jednotce či jiné systematické práci potřebují odpočinek a uvolnění.

Právě k relaxaci, resp. uvolnění svalového napětí, může být využito tzv. *vibroakustické terapie*, která používá nízkofrekvenční zvuky spojené s běžnou hudbou, kterou klient poslouchá. Při terapii se využívá speciálně upravené a vybavené zvukové židle (popř. postele), zesilovačů a reproduktorů, které vysílají hudbu do klientova těla. Zakladatelem terapie je norský lékař, neurolog a pedagog *Olav Skille* (Kantor in Müller a kol., 2005). Jak uvádí Kantor, Lipský, Weber, Grochalová (in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, 229): „*Olav Skille zkoumal použití vibroakustické stimulace nejprve u dětí s těžkým somatickým, mentálním a kombinovaným postižením. (...) Skille objevil, že mechanické vibrace mohou navodit hlubokou svalovou relaxaci.*“

### 3.4 Animoterapie

Animoterapii lze také nazývat *terapií s účastí zvířete* neboli *zooterapií* (Müller in Renotiérová, Ludíková a kol., 2005, 67).

Jak uvádí Müller (in Renotiérová, Ludíková a kol., 2005, 67): „*Mezi metodami terapeutické činnosti praktikovanými ve speciálněpedagogické praxi zaujímá svým způsobem výjimečné místo postavení terapie s účastí zvířete. Onu výjimečnost lze pochopitelně vysvětlit právě terapeutickým prostředkem, kterým je zde kromě člověka jiný živý tvor.*“

Nejčastěji se k animoterapii využívá pes (canisterapie) či kůň (hiporehabilitace), lze využít i koček (felinoterapie), drobných hlodavců, lam, želv atd. (Dudková in Müller a kol., 2005; Nerandžič, 2006).

Lidé a zvířata od nepaměti žili v úzkém kontaktu, člověk vždy využíval různá zvířata pro zvýšení kvality svého života. Interakce člověka a zvířete vyvolává v člověku různé emoce, živočišné teplo přináší pocit bezpečí, klidu a jistoty. Díky navázání vztahu (jehož nezbytným předpokladem je komunikace) se zvířetem se může člověk postupně propracovat k navázání vztahu s terapeutem, získání důvěry v další lidi apod.

V animoterapii obecně lze rozlišovat dva základní terapeutické modely podle toho, jaká je role zvířete v terapeutickém procesu. Prvním modelem je tzv. *AAA (Animal Assisted Activities)*, kdy terapie nemá specifické cíle, resp. cílem je zvýšení kvality života člověka. Jde o interakci mezi zvířetem a člověkem, vytvoření vztahu mezi nimi. Činnosti v rámci AAA může provádět vzdělaný laik či odborník pracující se zvířaty. Druhým modelem je tzv. *AAT (Animal Assisted Therapy)*, což je cílená terapie se specifickými cíli, kterou může provádět jen kvalifikovaná osoba, terapeut, tj. profesionál v oblasti zdravotnictví, školství či sociální, který má zároveň odborné znalosti v problematice práce s daným zvířetem (Vrbová in Müller a kol., 2005; Nerandžič, 2006).

Nyní bude podrobněji pojednáno o canisterapii, hiporehabilitaci a jejich významu pro děti a mládež s kombinovaným postižením.

### **3.4.1 Canisterapie**

Jak uvádí Vrbová (in Müller a kol., 2005) u imobilních klientů (dětí a mládež s kombinovaným postižením) je canisterapie aplikována individuální formou a nejdůležitější pro tuto cílovou skupinu je canisterapie zaměřená na relaxaci. „*Relaxační část canisterapie je částí prožitkovou, kde nám jde o silný emocionální prožitek klienta. Tato část bývá zpravidla stěžejní pro imobilní klienty, kteří mohou být na psa neb vedle psa polohováni. Bezprostřední kontakt a haptické vjemy necháváme působit na co největší část obnaženého těla klienta*“ (Vrbová in Müller a kol., 2005, 292-293). Relaxace (uvolnění) může být konečným cílem canisterapie nebo na ni může navazovat další práce, pro kterou je uvolnění nezbytným předpokladem.

Praktická realizace canisterapie u dětí a mládeže s kombinovaným postižením probíhá tak, že do zařízení (škola, denní stacionář) pravidelně dochází terapeut se psem. Canisterapie tak probíhá v prostředí, které je pro klienta známé a bezpečné.

### **3.4.2 Hiporehabilitace**

V souvislosti s problematikou hiporehabilitace (hipoterapie) se setkáváme s pojmy, které označují různé druhy terapeutické práce využívající interakci koně a člověka a které jednotliví autoři chápou rozdílně v obsahu i v hierarchii vztahů mezi

nimi. Dudková (in Müller a kol., 2005) rozlišuje základní oblasti hipoterapie na *hiporehabilitaci, léčebné pedagogicko-psychologické ježdění a sport handicapovaných a rekreační ježdění*. Naproti tomu Hollý a Hornáček (2005) vymezují základní oblasti hiporehabilitace na *hipoterapii, pedagogicko-psychologické ježdění a sportovní ježdění handicapovaných*. Müller (in Renotírová, Ludíková a kol., 2005) uvádí, že hipoterapie jako součást hiporehabilitace má charakter fyzioterapeutické metody, pedagogicko-psychologické ježdění a do určité míry sportovní a rekreační ježdění handicapovaných pak má charakter psychoterapeutické metody.

*„Hiporehabilitací se rozumí včlenění vození se na koni nebo ježdění (hipických aktivit) do komplexu opatření zaměřených na obnovení ztracené funkce, zmírnění nebo minimalizování či odstranění fyzického, psychologického, sociálního nebo mentálního handicapu pacienta nebo klienta“* (Hollý, Hornáček, 2005, 19).

Pedagogicko-psychologické ježdění je definováno jako: *„Využívání práce s koněm, vození se na koni a ježdění na koni jako pedagogické a psychologické médium k dosažení pozitivních změn v chování dětí a mládeže, nebo ke zmírnění nebo odstranění příznaků duševní choroby či mentálního handicapu“* (Hollý, Hornáček, 2005, 19).

Sport handicapovaných má pak význam především integrační a socializační, je smysluplnou volnočasovou aktivitou, která napomáhá ke zvyšování kvality života člověka s postižením (Dudková in Müller a kol., 2005).

Pro děti a mládež s kombinovaným postižením má hiporehabilitace nesporný význam. Dudková (in Müller a kol., 2005, 279-280) uvádí: *„Rytmičtý pohyb na koni procvičuje celé tělo jako funkční celek. Dochází k tomu, že svaly, které mají tendenci ke ztuhnutí, se uvolňují a svaly s tendencí k ochabnutí se posilují. Kůň učí efektivnějšímu pohybu celého těla.“* Mnohé z dětí a mládeže s kombinovaným postižením tráví svůj život v pozici vleže nebo v sedu na vozíku (v kočáru či speciální židli). Sed na koni a hlavně pohyb, resp. chůze koně, která je podobná chůzi lidské, je pro dítě novou zkušeností, pohyb koně také napomáhá k uvolnění spasticity dítěte (Dudková in Müller a kol., 2005). Je zřejmé, že při praktické realizaci hiporehabilitace jsou potřeba asistenti, kteří pomáhají zvýšit bezpečnost klienta, který obvykle není schopen udržet se na koni sám.

## **4. Ucelená rehabilitace v Denním stacionáři ČLOVÍČEK program pro děti a mládež**

### **4.1 Sociální služba denní stacionář**

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách stanovuje, že: „V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (§ 46, odst. 1). Sociální služba denní stacionář je službou sociální péče.*

*Základními činnostmi, které jsou službou zajišťovány, jsou (§ 46, odst. 2):*

- „pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu*
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu*
- poskytnutí stravy*
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
- sociálně terapeutické činnosti*
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“*

*Obsah jednotlivých základních činností určuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (§ 12 odst. 1). Vyhláška také stanovuje maximální výši úhrady za poskytované služby; za hodinu služby maximálně 120 Kč, v případě poskytnutí stravy maximálně 160 Kč za poskytnutí celodenní stravy, za poskytnutí oběda maximálně 75 Kč (§ 12, odst. 2).*

### **4.2 Metodologie výzkumného šetření**

*Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní přístup, který lze charakterizovat jako: „Proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený v hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní*

výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“ (Švaříček in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, 17).

#### 4.2.1 Rozhovor

*„Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor (in-depth interview), jež můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otázek“* (Švaříček in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, 159).

*Polostrukturovaný rozhovor, rozhovor pomocí návodu, je takový rozhovor, kdy si výzkumník vytvoří okruh témat, oblastí, kterým se chce v rámci rozhovoru věnovat. Tak je dána možnost přizpůsobit pořadí témat i konkrétní formulaci otázky osobě dotazovaného, zároveň je zde zachována možnost získat informace o stejném tématu a jednotlivé rozhovory srovnat; připravená struktura pomáhá udržet směr rozhovoru* (Hendl, 2008). Miovský (2006, 159) říká, že: *„Polostrukturované interview je zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview.“*

Ve své práci jsem použila výše zmíněnou metodu polostrukturovaného rozhovoru, který jsem uskutečnila s pěti pracovníky zařízení *Denní stacionář ČLOVÍČEK program pro děti a mládež*<sup>4</sup>. Všichni byli informováni o plánovaném výzkumném šetření a jeho účelu, od pracovníků jsem získala poučený souhlas s jeho realizací. S dovolením pracovníků byly rozhovory nahrávány. Základními tematickými okruhy rozhovoru byly:

- metody podpory, které zařízení využívá v práci s uživatelem
- individuální vzdělávací plán
- individuální plánování sociální služby
- spolupráce školy a stacionáře v praxi
- budoucí plány a cíle.

---

<sup>4</sup> Dále jen *DS ČLOVÍČEK*.

#### 4.2.2 Analýza dokumentů

*„Za dokumenty jsou považována taková data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum. Výzkumník se tedy zabývá tím, co je již k dispozici, ale musí to vyhledat“* (Hendl, 2008, 204). Výhodou je to, že dokumenty, resp. informace v nich obsažené, nejsou zatíženy osobou výzkumníka, protože ten nemá možnost do nich jakkoliv zasahovat (Hendl, 2008; Miovský, 2006).

Analýzu dokumentů jsem ve svém výzkumném šetření použila jako doplnění hloubkových rozhovorů. Zkoumala jsem dokumenty, které se týkaly sociální služby a vzdělávání, tj. individuální plány uživatelů, individuální vzdělávací plány žáků a individuální plány rehabilitace.

#### 4.2.3 Pozorování

Pozorování lze rozlišovat dle různých kritérií, kterými jsou především míra účasti tazatele na životě skupiny, jevu, který pozoruje (pozorování zúčastněné/nezúčastněné), dále vědomí či nevědomí pozorovaných o tom, že jsou pozorováni (pozorování otevřené/skryté), přirozenosti prostředí, ve kterém pozorování probíhá (pozorování v umělé situaci/v přirozené situaci) a to, jestli se pozorovatel zaměřuje na konkrétní oblast, či se snaží zachytit co nejširší spektrum informací (pozorování strukturované/nestrukturované) (Hendl, 2008).

*„Zúčastněné pozorování můžeme definovat jako dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces“* (Švaříček in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, 143). Hendl (2008, 193) pak k zúčastněnému pozorování dodává: *„Pozorovatel nefunguje jako pasivní registrátor dat, který stojí mimo předmětovou oblast, nýbrž se sám účastní dění v sociální situaci, v níž se předmět výzkumu projevuje. Je v osobním vztahu s pozorovanými, sbírá data, zatímco se účastní přirozeně se vyvíjejících se životních situací. To vede k těsnějšímu přiblížení k předmětu a k možnosti odhalit vnitřní perspektivy účastníků.“*

V DS ČLOVÍČEK jsem v rámci výzkumného šetření strávila v době od 16. 2. 2012 do 10. 5. 2012 pravidelně jeden den v týdnu od 8:30 do 12:30. Pozorování bylo nestrukturované, jak již bylo řečeno, otevřené.

#### **4.3 Výzkumné otázky**

1. Které metody podpory jsou využívány při práci s uživateli DS ČLOVÍČEK?
2. Kdo realizaci jednotlivých metod podpory zajišťuje?
3. Kdo se podílí na vytváření plánu podpory pro jednotlivé uživatele DS ČLOVÍČEK?
4. Jaká je časová dotace realizace jednotlivých metod podpory pro jednoho uživatele?

#### **4.4 Výzkumné předpoklady**

1. Při práci s dětmi s kombinovaným postižením jsou doporučovány následující metody podpory: fyzioterapie, muzikoterapie, canisterapie, hiporehabilitace a koncept bazální stimulace.
2. Fyzioterapie a bazální stimulace jsou zajišťovány pracovníky přímé péče DS ČLOVÍČEK; canisterapie, muzikoterapie a hiporehabilitace jsou zajištěny externími odborníky.
3. DS ČLOVÍČEK spolupracuje při praktické realizaci metod podpory s rodinou uživatelů i s externími odborníky, neboť komplexní péče je chápána jako nutná pro optimální rozvoj jednotlivých uživatelů.
4. Na vytváření plánu podpory pro jednotlivé uživatele se podílí pracovníci DS ČLOVÍČEK, zákonní zástupci uživatelů a uživatelé.
5. Časová dotace realizace jednotlivých metod podpory pro uživatele vychází z plánu podpory a specifických potřeb konkrétního uživatele.

## 4.5 Denní stacionář ČLOVÍČEK program pro děti a mládež

### 4.5.1 Historie

DS ČLOVÍČEK vznikl z iniciativy rodičů, kteří měli dítě s těžkým postižením a nabídka služeb pro tuto cílovou skupinu v Plzni a okolí se jim jevila jako nedostačující. Proto v roce 2001 založili občanské sdružení *David a Goliáš* a ve spolupráci s *Diakonií ČCE-střediskem Radost v Merklíně* denní stacionář; ten začal fungovat od 1. 1. 2002. Od 1. 1. 2004, kdy vznikl subjekt *Diakonie ČCE-středisko v Plzni*, přešel stacionář pod toto středisko. K 1. 1. 2012 došlo k fúzi středisek Diakonie ČCE v Merklíně, Plzni a Rokycanech a vzniklo středisko *Diakonie ČCE-středisko Západní Čechy*.

V počátcích fungování stacionáře byla mezi zaměstnanci speciální pedagožka, později do zařízení docházela speciální pedagožka z tehdejší *Pomocné školy, Skupova 15, Plzeň*,<sup>5</sup> z elokovaného pracoviště v Tachovské ulici. Od začátku školního roku 2005/2006 vzniklo odloučené pracoviště *Základní školy speciální Merklín* v Plzni pro uživatele sociální služby denní stacionář v zařízení DS ČLOVÍČEK. Do konce školního roku 2010/2011 bylo vzdělávání zajišťováno jednou speciální pedagožkou a asistentkou pedagožky v jedné třídě, od začátku školního roku 2011/2012 existují dvě třídy, vzdělávání zajišťují dvě speciální pedagožky (jedna z nich je vedoucí odloučeného pracoviště) a dva asistenti pedagoga. Jedna třída je pro žáky, kteří jsou v přípravném stupni základní školy speciální, druhá třída je pro ostatní žáky. Žáci jsou vzděláváni dle individuálního plánu, který vychází z osnov *Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy* a podle školního vzdělávacího programu *Škola bez bariér II*.

### 4.5.2 Prostorové zabezpečení

DS ČLOVÍČEK se nachází v objektu bývalé mateřské školy v Plzni v Kralovické ulici. DS ČLOVÍČEK se nachází v přízemí budovy. Ve vstupní místnosti zařízení je šatna a přebalovací pult, v hlavní místnosti je pak herna a společné místo pro setkávání pracovníků, dále dvě školní třídy, kuchyň, místnost s hydromasážní vanou a dvě místnosti určené pro fyzioterapii. Dále je zde kancelář, sociální zařízení a šatna pro pracovníky. V současné době probíhá přístavba k objektu, takže od 1. 9. 2012 bude

---

<sup>5</sup> Dnes *Základní škola speciální, Skupova 15, Plzeň*.



otevřena nová místnost pro vzdělávání a sociální zařízení (jedna z místností, která je v současnosti používána jako školní třída, je primárně určena pro poskytování jiné sociální služby, kterou organizace poskytuje ve stejném objektu především v odpoledních hodinách).

#### **4.5.3 Personální zabezpečení**

Od 1. 1. 2012 mají všechna zařízení, která *Diakonie ČCE-středisko Západní Čechy* provozuje a která poskytují sociální službu denní stacionář, jednu společnou vedoucí, resp. koordinátorku. Ta není v přímém styku s uživateli služby. Zástupkyně vedoucí, která je v přímém styku s uživateli, je zároveň fyzioterapeutkou a zaměstnankyní denního stacionáře. Dále jsou v zařízení dva pracovníci, kteří na polovinu pracovního úvazku pracují jako zaměstnanci denního stacionáře – pracovníci v sociálních službách – a na druhou polovinu pracovního úvazku jako zaměstnanci školy – asistenti pedagožky. Pracovnice, která je pomocnou fyzioterapeutkou, je zaměstnankyní denního stacionáře.

Fakultativní službou, kterou DS ČLOVÍČEK poskytuje je tzv. *svoz*. Uživatelé sociální služby mohou využít speciálně upraveného služebního automobilu, který je sváží do zařízení a rozváží zpět na určené místo. Tato služba je omezena vzdáleností, kterou je 30 km od zařízení. Na každý den je stanovena určitá trasa. Kapacita automobilu je 7 uživatelů a k nim příslušný počet pracovníků dohlížejících na jejich bezpečnost při jízdě. Řidičem automobilu je jeden z pracovníků v sociálních službách.

#### **4.5.4 Veřejný závazek**

Poslání sociální služby je definováno následovně: „*Denní stacionář ČLOVÍČEK program pro děti a mládež v Plzni poskytuje komplexní služby uživatelům s těžkým kombinovaným postižením. Nabízíme denní péči, prohlubování a rozvoj znalostí, motoriky, komunikačních schopností a sociálních vztahů. Uplatňujeme individuální přístup ke specifickým potřebám jednotlivých uživatelů*“ (Diakonie ČCE-středisko Západní Čechy).

Cílovou skupinou jsou: „*děti a mládež s těžkým kombinovaným postižením ve věku od 3 do 26 let*“ (Diakonie ČCE-středisko Západní Čechy). Kapacita zařízení je 12 uživatelů.

Cílem služby je: „*všestranný rozvoj osobnosti uživatele tak, aby kvalita jeho života ve všech oblastech dosahovala té nejvyšší možné úrovně.*“ Dílčí cíle pak jsou: „*Udržování a zlepšování tělesného a duševního rozvoje, podpora a zdokonalování prvků komunikace, vytváření a upevňování hygienických a stravovacích návyků, navazování sociálních kontaktů*“ (Diakonie ČCE-středisko Západní Čechy).

Principy poskytované služby jsou:

- „*Respekt a porozumění. Názor a volbu uživatelů přijímáme s respektem a porozuměním.*
- *Ochrana práv uživatelů. Dodržujeme lidská práva a zachováváme lidskou důstojnost.*
- *Individualita klienta. Ke každému uživateli přistupujeme s ohledem na jeho individuální potřeby.*
- *Partnerství. Potřeby uživatelů vnímáme v širších souvislostech, a proto při řešení dílčích potřeb spolupracujeme s rodinou a dalšími organizacemi v navazující péči.*
- *Prostředí i atmosféra přátelská uživatelům*“ (Diakonie ČCE-středisko Západní Čechy).

#### **4.5.5 Denní rozvrh**

DS ČLOVÍČEK funguje ve všední dny od 8:00 do 16:00, vzdělávání žáků je zajištěno v době od 9:00 do 13:00.

V době od 8:00 do 9:00 probíhá individuální příchod uživatelů do zařízení a příjezd uživatelů využívajících svoz, od 9:00 do 13:00 je dle individuálního rozvrhu každého uživatele (žáka) individuální a společná výuka, fyzioterapie, hydromasáž, relaxace, svačina, (v určené dny canisterapie, muzikoterapie, hiporehabilitace), od 12:00 do 13:00 oběd, od 13:00 do 14:00 jsou realizovány odpolední aktivity, od 13:00 do 16:00 individuální odchod uživatelů ze zařízení, popř. odjezd se svozem, odpolední svačina, odpočinek. Odpolední aktivita probíhá ve skupině, je to např.: čtení knih,

poslech písní a hraní na hudební nástroje, relaxace za pomoci relaxační hudby a lávových kamenů.

## 4.6 Výsledky šetření

V rámci fyzioterapie jsou používány prvky Vojtovy metody, lokomoční cviky napomáhající k vertikalizaci, pasivní cvičení, cvičení s pomůckami jako jsou míče, válce, elipsy, dále je využíván vertikalizační stůl a motomed. Jsou poskytovány různé druhy masáží, především masáž za pomoci lávových kamenů a masáž na bázi aromaterapie – použití éterických přírodních olejů – a relaxační hudby, dále hydromasáž v hydromasážní vaně. Fyzioterapie probíhá denně 45-60 minut, hydromasáž pak jednou týdně 20 minut (u jednoho uživatele dvakrát týdně z důvodu vysokého stupně spasticity). Fyzioterapie je zajišťována fyzioterapeutkami – pracovníci denního stacionáře.

Metodami, které zajišťují externí spolupracovníci, jsou muzikoterapie, canisterapie a hiporehabilitace.

Muzikoterapie je poskytována v zařízení, probíhá jednou týdně 60 minut, není to zvlášť placená terapie.

Hiporehabilitaci zajišťuje *Hipocentrum Jitřenka* v Plzni. Hiporehabilitace je fakultativní terapií, účast uživatelů je závislá jednak na jejich zdravotních omezeních, jednak na tom, zda jsou rodiče terapii schopni/ochotni zaplatit. Hiporehabilitace také závisí na počasí, probíhá od dubna do června a od září do října jednou týdně po dobu 30 minut pro každého uživatele.

Canisterapie probíhá v zařízení, je fakultativní placenou terapií. Z rozhovorů vyplynulo, že situace s poskytováním canisterapie je obtížná, často se střídají externí pracovníci, kteří ji poskytují, proto dochází k tomu, že je poskytována nepravidelně, popř. dochází k delším časovým obdobím, kdy není poskytována vůbec. Pracovníci považují hiporehabilitaci i canisterapii za velmi prospěšné a jsou si vědomi toho, že pro větší efektivitu canisterapie by bylo potřebné lepší organizační zajištění – pravidelné poskytování.

Ve vzdělávání uživatelů, resp. žáků, je kladen největší důraz na individuální práci s žákem, dále na smyslovou výchovu – především rozvoj zrakového, sluchového a

hmatového vnímání – a na rehabilitační tělesnou výchovu, která je zajištěna fyzioterapeutkami. Významnou vzdělávací pomůckou při rozvoji zrakového vnímání je tzv. *light box* sloužící ke zrakové stimulaci, dále se pro zrakovou stimulaci používá karet s různými obrazci, které jsou prosvěcovány baterkou/lampou apod. Dalšími pomůckami, které jsou často využívány, jsou hmatové knihy, ozvučné hračky, modely zvířat či dopravních prostředků i věci denní potřeby – lžice, zubní pasta apod.

Společně se všichni žáci účastní především vycházek, výletů a exkurzí, společně probíhá hudební výchova – využívány jsou především Orffovy nástroje, poslech lidových písní.

Polohování a využívání prvků metody bazální stimulace jsou metody, které prostupují veškerou práci v zařízení.

Co se týče využívání konceptu bazální stimulace, v současné době mají základní kurz bazální stimulace absolvovaný fyzioterapeutky. Do budoucna je však stanoven cíl proškolení v konceptu bazální stimulace všechny pracovníky zařízení a stát se tak certifikovaným proškoleným zařízením pracujícím v konceptu bazální stimulace. Všichni pracovníci zařízení o tomto cíli ví a také s ním souhlasí, jeho realizace je však závislá na získání finančních prostředků, což je úkol pro pracovníky na jiné organizační úrovni. Konkrétní časový horizont, ve kterém by k dosažení daného cíle mělo dojít, tak zatím není stanoven. Do budoucna je také v plánu vytvořit v zařízení místnost *snoezelen*. Tento plán je však zcela závislý na získání financí a zatím není žádná konkrétnější představa o jeho realizaci.

V rámci poskytování sociální služby denní stacionář probíhá individuální plánování průběhu sociální služby s jejím uživatelem. Individuálního plánování se účastní klíčový pracovník, uživatel a jeho rodič. Individuální plán je vyhodnocován dvakrát ročně. V DS ČLOVÍČEK jsou čtyři pracovníci, kteří pracují v sociální službě, tudíž čtyři potenciální klíčoví pracovníci. Z rozhovorů vyplynulo, že dva pracovníci se domnívají, že určení uživatele, kterému bude pracovník klíčovým pracovníkem, proběhlo na základě toho, jak si je s daným uživatelem blízký, dva pracovníci uvádějí, že jim bylo nařízeno, komu budou klíčovým pracovníkem. S uživateli cílové skupiny zařízení není vždy snadné navázat komunikaci, pracovníci s každým uživatelem komunikují specifickým způsobem, jde především o vyjádření libosti a nelibosti uživatele. Na individuálním plánování se podílí i rodič uživatele, protože komunikace

s uživateli je obtížná a protože velkou část svého života tráví uživatel v přirozeném prostředí své rodiny. Klíčovými pracovníky je zdůrazňováno, že zájmy rodiče nikdy nesmí být na úkor zájmů uživatele. Proto, aby k tomuto nedocházelo, je potřeba komunikace mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem sociální služby, klíčovým pracovníkem a rodičem uživatele, stejně jako i celým týmem pracovníků mezi sebou. Klíčový pracovník má povinnost informovat všechny ostatní pracovníky o skutečnostech vyplývajících z individuálního plánu a důležitých pro práci s uživatelem. Toto předávání informací probíhá na pravidelných poradách pracovníků, o kterých bude pojednáno dále.

Při vzdělávání žáků je vypracováván individuální vzdělávací plán. Ten vzniká za spolupráce učitele, pracovníka příslušného SPC, opět se k jeho podobě může vyjádřit (navrhnout připomínky) rodič žáka, odpovědnost za jeho vypracování má ředitelka školy. Individuální vzdělávací plán je SPC vyhodnocován dvakrát ročně. DS ČLOVÍČEK také spolupracuje se *Střediskem pro ranou péči Plzeň, o.p.s.*; u těch uživatelů/žáků, kteří svým věkem patří do cílové skupiny, pro kterou je sociální služba raná péče určena.

Třetí plán, který je zpracován pro každého uživatele, je *individuální plán rehabilitace*, tj. individuální plán fyzioterapie. Tento plán má písemnou podobu, která je doplněna fotografiemi uživatele při výkonu fyzioterapie. Individuální plán i individuální vzdělávací plán v příslušných oblastech vycházejí právě z tohoto individuálního plánu rehabilitace.

Bylo zjištěno, že pracovníci vědí o existenci všech třech plánů, ale konkrétní obsah plánu znají pouze u toho uživatele, kterému jsou klíčovými pracovníky, popř. pedagogem (asistentem pedagoga). To neplatí o jednom z pracovníků, který je asistentem pedagoga a pracovníkem v sociálních službách; ten zná všechny plány těch uživatelů/žáků, jichž je klíčovými pracovníky i těch, kterým je asistentem pedagoga při vzdělávání.

Všichni pracovníci mají každý týden dvě společné porady. Jedna porada je vedena zástupkyní vedoucí sociální služby denní stacionář, druhá porada je vedena speciální pedagožkou – vedoucí odloučeného pracoviště ZŠ speciální. Na těchto poradách mají pracovníci možnost vzájemně se informovat o jednotlivých uživateli (žácích), jejich potřebách, problémech, pokrocích, atp.

Spolupráce s rodiči probíhá, jak již bylo řečeno, při vytváření individuálního plánu, při vytváření individuálního vzdělávacího plánu i při vytváření individuálního plánu rehabilitace.

Každý měsíc se koná společná schůzka zástupců rodičů a vedení zařízení. Této schůzky se účastní jeden rodič za rodiče žáků přípravného stupně a jeden rodič za rodiče ostatních žáků, dále vedoucí sociální služby a její zástupkyně, vedoucí odloučeného pracoviště (speciální pedagožka) a pokud si to zástupci rodičů vyžádají, tak i ředitelka školy. Na těchto schůzkách jsou probírány novinky, plánované akce, přání, stížnosti apod. Výběr zástupců z řad rodičů proběhl formou volby, do výběru se zapojili rodiče sedmi z celkově devíti uživatelů. Schůze pracovníků s rodiči všech uživatelů probíhají jednou za čtyři měsíce.

Kontakt pracovníků a rodičů uživatelů však probíhá prakticky denně, při příchodu/odchodu uživatelů do/ze zařízení. Všichni uživatelé mají svůj notýsek, který si každý den nosí do zařízení, do něj může rodič/pracovník napsat vzkaz jakéhokoliv charakteru.

#### **4.7 Závěry šetření**

První výzkumná otázka se týkala metod podpory, které jsou v zařízení DS ČLOVÍČEK používány. Výzkumným předpokladem č. 1 bylo, že v zařízení je používána fyzioterapie, canisterapie, muzikoterapie, hiporehabilitace a koncept bazální stimulace. Bylo potvrzeno, že v zařízení je zajištěna fyzioterapie, muzikoterapie a hiporehabilitace. Canisterapie probíhá nárazově, při jejím zajištění se objevují četné organizační problémy. Z bazální stimulace jsou využívány pouze některé její prvky, neboť v zařízení jsou pouze dvě pracovnice, které prošly základním kurzem bazální stimulace.

Ve druhé výzkumné otázce bylo zkoumáno personální zajištění při realizaci jednotlivých metod podpory. Výzkumný předpoklad k této otázce byl potvrzen, neboť fyzioterapie je zajištěna fyzioterapeutkami, které jsou pracovníci denního stacionáře; muzikoterapie, canisterapie i hiporehabilitace jsou poskytovány externími spolupracovníky. Prvky bazální stimulace jsou realizovány pracovníky zařízení, cílem (zatím bez konkrétního časového limitu) je, aby všichni pracovníci zařízení byli

proškolení v konceptu bazální stimulace. Další výzkumný předpoklad k této otázce byl taktéž potvrzen, neboť zařízení spolupracuje s příslušnými SPC a poskytovatelem sociální služby raná péče. Spolupráce s rodiči probíhá při vytváření individuálního plánu, individuálního vzdělávacího plánu i individuálního plánu rehabilitace. Cíle, které jsou v těchto plánech stanoveny, vychází z potřeb uživatele, jsou respektovány jak rodiči tak pracovníky. Bez spolupráce rodiny a zařízení by nebylo možné daných cílů dosáhnout.

Třetí výzkumná otázka se týkala toho, kdo se podílí na vytváření plánu podpory uživatelů. Bylo zjištěno, že na vytváření všech třech plánů, které jsou pro každého jednotlivce vypracovávány, se podílí uživatel, příslušný pracovník a rodič. Tím byl potvrzen i čtvrtý výzkumný předpoklad.

Poslední výzkumná otázka byla zaměřena na časovou dotaci jednotlivých metod podpory pro uživatele. Jak již bylo řečeno, u fyzioterapie je časová dotace pro všechny uživatele stejná, stejně tak u hydromasáže (jeden uživatel je výjimkou, viz kap. 4.6). Pokud se uživatel účastní ostatních terapií (canisterapie, muzikoterapie a hiporehabilitace), což závisí na jeho potřebách, zdravotním stavu, jeho vůli a vůli jeho rodičů, pak je pro něj časová dotace stejná jako pro ostatní uživatele.

Pátým výzkumným předpokladem bylo, že časová dotace metod podpory vychází z plánu podpory a potřeb uživatele. Jak bylo řečeno, u fyzioterapie je časová dotace pro všechny uživatele stejná, z konkrétních potřeb vychází její náplň, což je také zaznamenáno v individuálním plánu rehabilitace. U hydromasáže je na případu jednoho uživatele prezentováno, že časová dotace je v základu nastavena opět pro všechny stejně, ale pokud má uživatel specifické potřeby, pak lze časovou dotaci upravit. Účast na ostatních terapiích je dobrovolná, vychází z potřeb uživatele (a dalších výše uvedených faktorů) a časová dotace je pro všechny stejná především proto, že tyto terapie jsou realizovány ve skupině a je třeba, aby byla terapeutická podpora věnována všem zúčastněným.

Na základě výzkumného šetření a jeho závěrů lze říci, že zařízení se snaží o využívání širokého spektra metod práce – terapií – u dané cílové skupiny. Největší překážkou v tom, aby uživatelé mohli plně těchto metod využít, je (mimo kontraindikace zdravotním stavem) náročnost finančního zajištění terapií, tudíž musí účast na některých z nich být závislá na tom, zda ji rodiče uživateli zaplatí či nikoliv.

Z rozhovorů s pracovníky vyšlo najevo, že rodiče uživatelů mají obavy především z hiporehabilitace, o jejímž prospěchu pro cílovou skupinu bylo pojednáno v kapitole 3.4.2, proto by mohlo být prospěšné uspořádat pro rodiče seminář o hiporehabilitaci, který by byl veden odborníkem zabývajícím se touto problematikou, popř. společný výlet rodičů, uživatelů a pracovníků do *Hipocentra Jitřenka*, které hiporehabilitaci pro zařízení zajišťuje, kde by bylo rodičům v praxi prezentováno, jak vypadá jedna terapeutická jednotka, co je její náplní. Totéž by mohlo být uskutečněno u canisterapie, kdy by tím mohlo být dosaženo většího zájmu rodičů o realizaci této terapie a jejich zapojení při jejím organizačním zajištění.

Plán proškolení všechny pracovníky zařízení v konceptu bazální stimulace a stát se certifikovaným zařízením je jistě velmi dobrý, neboť tento metoda byla vytvořena pro danou cílovou skupinu a byla prokázána její užitečnost pro lidi s těžkým kombinovaným postižením (viz kapitola 3.1). Pracovníci v rozhovorech uváděli, že o tomto plánu, cíli, se v organizaci hovoří již delší dobu (několik let). Pracovníci ale nejsou nijak informováni o tom, jaké kroky k jeho dosažení již byly učiněny. To, že zatím nedošlo k realizaci jejich proškolení v konceptu bazální stimulace, přisuzují pracovníci nedostatku finančních prostředků; je ovšem také možné, že tento cíl není těmi, kdo v organizaci rozhodují o přidělování financí na jednotlivé projekty, chápán jako dostatečně potřebný a důležitý. Bylo by jistě dobré, aby pracovníci zařízení byli vedením organizace informováni o tom, jaká je situace s realizací, popř. nerealizací daného cíle, např. proto, aby bylo možné se přeorientovat na jiný – pro organizaci lépe dosažitelný – cíl nebo proto, že by později mohl jejich zájem o daný cíl, který v současné době všichni mají, opadnout, a později by bylo obtížné je k jeho dosažení motivovat.

Spolupráce mezi pracovníky zařízení, kteří zastupují různé profese a tak i různé složky ucelené rehabilitace, je jimi samými chápána jako nezbytná, k jejímu prohloubení slouží porady a supervize. Pro efektivní spolupráci mezi pracovníky je jistě dobré, že se tito chápou jako celek, jako jedno zařízení, kde sice má každý svou specifickou roli a náplň práce, ale cíl je společný a ve středu stojí vždy člověk s kombinovaným postižením, ať už jako uživatel sociální služby či žák ZŠ speciální. Spolupráci s rodinou a ostatními organizacemi, které poskytují uživatelům zařízení své služby, chápou pracovníci taktéž jako nezbytně nutnou a pro dosažení cílů zařízení



nepostradatelnou. Spolupráce probíhá při různých výše zmíněných aktivitách, rodiče jsou pozváni k podílení se na plánování podoby služeb, které zařízení nabízí, a mají možnost tuto nabídku přímo ovlivnit.

Nedostatky, resp. rozpory ve výpovědích pracovníků, byly zjištěny u individuálního plánování sociální služby, konkrétně při stanovování klíčového pracovníka pro individuální plánování. Pracovníci by měli vědět, na základě jakých skutečností jsou klíčovým pracovníkem toho kterého uživatele, neboť podoba vztahu mezi pracovníkem a uživatelem, který je k efektivnímu individuálnímu plánování nutný, může být výchozí pozicí ovlivněna (v pozitivním i negativním slova smyslu). Pokud bude systém stanovování klíčových pracovníků transparentní, pak se předejde možným nedorozuměním, odmítáním pracovníků přijmout roli klíčového pracovníka u daného uživatele či odmítáním klíčového pracovníka ze strany rodiny a dalším faktorům, které by se negativně projevíly v procesu individuálního plánování, který je nezbytný pro zajištění kvalitního poskytování sociální služby.

Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že pracovníci vědí o existenci tří individuálních plánů pro každého uživatele, neví ale, co je konkrétním obsahem některých z nich. Proto by bylo dobré, aby na nástěnce v zařízení, kde má každý uživatel svou fotografii a denní rozpis činností, bylo také shrnutí všech tří individuálních plánů, které by informovalo o cílech pro daný časový úsek a metodách, prostředcích, které jsou k jejich dosažení používány. Toto by napomohlo tomu, že by pracovníci (praktikanti, dobrovolníci) byli stručně a srozumitelně informováni o nejpodstatnějších skutečnostech týkajících se každého jednotlivce, které je nutné brát v úvahu při veškeré práci s ním.

## Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit, zda jsou metody realizované ve vybraném zařízení poskytovány v souladu s principy konceptu ucelené rehabilitace.

Jednotlivé metody podpory jsou vykonávány odborníky různých profesí, ve vybraném zařízení je uskutečňována především pedagogická a sociální složka ucelené rehabilitace. Metody, které pracovníci používají, nelze zařadit pouze do jedné z výše zmíněných složek, neboť jsou využívány jak pracovníky v oblasti školství, tak pracovníky v oblasti sociálních služeb. Přesto, jak vyplynulo z výzkumného šetření, vzdělávání i sociální služba jsou od sebe odděleny, příkladem může být jednak různé označení člověka, v sociální službě je to *uživatel*, ve školství *žák*, jednak vypracovávání více individuálních plánů pro jednoho člověka. Bylo také zjištěno, že pracovníci neznají obsah všech plánů uživatelů. Avšak, jak vyplynulo z rozhovorů, analýzy dokumentů i pozorování, pracovníci spolupracují, předávají si informace o jednotlivých uživatelích, mají společné porady, individuální plány se doplňují. Pracovníci sami hodnotí svou práci jako práci kolektivní, chápou se spíše jako *zařízení* než jako sociální službu či školu a spolupráci mezi *stacionářem* a *školou* považují za nezbytně nutnou. Taktéž spolupráce s rodiči uživatelů je pracovníky chápána jako základ pro naplnění cílů jak sociální služby, tak vzdělávání, proto se o ni pracovníci aktivně snaží.

Principy ucelené rehabilitace jsou provázanost (propojenost), koordinovanost, časnost, návaznost, komplexnost, týmovost (viz kap. 1).

Na základě výzkumného šetření lze říci, že zařízení nabízí komplexní služby, resp. je propojeno zákonem dané povinné vzdělávání žáků se sociální službou denní stacionář, která poskytuje zákonem vymezené činnosti. Výhodou toho, že jsou vzdělávání i sociální služba poskytovány v jednom prostoru, je dostupnost a relativně velký počet pracovníků, což umožňuje individuální práci s každým uživatelem a takový denní rytmus, který odpovídá individuálním potřebám každého uživatele. Co se týče zbývajících dvou složek ucelené rehabilitace – zdravotní a sociální, pak je možno fyzioterapii zařadit do zdravotní složky, ostatně pracovníce, které ji v zařízení

provádějí, jsou fyzioterapeutky. Pracovní rehabilitaci u lidí z cílové skupiny DS ČLOVÍČEK vzhledem k závažnosti jejich postižení není možné realizovat.

Provázanost lze nalézt v individuálním plánu, individuálním vzdělávacím plánu a individuálním plánu rehabilitace, kdy hlavní i dílčí cíle jsou u konkrétního jednotlivce stále stejné. Různé profese, resp. pracovníci těchto profesí však využívají specifické metody, kterými se těchto cílů snaží dosáhnout. Je třeba říci, že některé metody např. polohování jsou využívány všemi pracovníky. Provázanost lze spatřovat také ve spolupráci s SPC a poskytovatelem sociální služby raná péče, s organizacemi externě zajišťujícími některé terapie i s občanským sdružením *David a Goliáš*, které stálo u zrodu zařízení.

Návaznost ve smyslu návaznosti na další sociální služby je problematická. V Plzni a blízkém okolí není poskytována žádná sociální služba pro lidi s takto těžkým postižením v navazující životní etapě. Po dobu existence daného zařízení zatím nedošlo k tomu, že by některý uživatel dosáhl věku, kdy by již nespadal do cílové skupiny.

Koordinátorem při poskytování sociální služby je klíčový pracovník uživatele. Jeho působnost je však omezena pouze na sociální službu. Není pracovník, který by koordinoval poskytování všech služeb, resp. všech složek ucelené rehabilitace, které jsou konkrétnímu člověku poskytovány.

Je otázkou, zda je nutné vypracovávat individuální vzdělávací plán a individuální plán pro sociální službu, jestli by nebylo časově, administrativně a ekonomicky výhodnější vypracovat pouze jeden plán a u jednotlivých položek pak stanovit, jaká je míra odpovědnosti každého pracovníka, popř. dalších subjektů, na jejím naplňování. Především je třeba zvážit, zda by toto nebylo výhodnější pro člověka, jehož se individuální plán týká nejvíce, tj. uživatele či žáka. Samozřejmě by to vyžadovalo, aby se plánování účastnili všichni pracovníci zařízení a aby byl stanoven pro každého člověka využívajícího služeb zařízení jeden pracovník, který by byl koordinátorem realizace individuálního plánu.

Jak bylo uvedeno v kapitole 1, v České republice zatím není legislativně zakotven systém ucelené rehabilitace, tedy to, jak by její realizace měla vypadat v praxi. Z toho vyplývá mimo jiné to, že spolupráce či nespolečná odborníků z různých profesí zastupujících tu či onu složku ucelené rehabilitace, vychází především z jejich vlastní vůle a iniciativy.

Ve své práci jsem vyzdvihla to, na co poukazují někteří autoři (Jankovský, 2006; Müller in Renotírová, Ludíková a kol, 2005.), totiž, že mnohé metody, které jsou při podpoře dětí a mládeže s těžkým kombinovaným postižením používány, jsou transdisciplinárního charakteru a jejich zařazování do výhradně jedné složky ucelené rehabilitace je vlastně nemožné.

Na případu vybraného zařízení jsem ukázala, jak může fungovat ucelená rehabilitace v praxi při poskytování sociální služby denní stacionář dětem a mládeži s kombinovaným postižením a jejich vzdělávání, jaká jsou úskalí a výhody snahy o naplňování tohoto konceptu. Bylo zjištěno a potvrzeno, že jedním z nejdůležitějších faktorů k úspěchu je třeba spolupráce mezi jednotlivými složkami ucelené rehabilitace v rámci zařízení i s dalšími organizacemi, ale také s rodinou uživatele, kdy je potřeba brát rodiče jako rovnocenné partnery proto, aby mohlo být dosaženo cílů vztahujících se k danému člověku s kombinovaným postižením. Nezbytná je komunikace mezi těmito subjekty a také komunikace s člověkem s kombinovaným postižením, která musí být značně specifická, aby byla efektivní.

## Seznam použité literatury

1. BUCHTOVÁ, Božena. Psychologie nezaměstnanosti. In BUCHTOVÁ, Božena a kol. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002. s 75-127. ISBN 80-247-9006-8.
2. DUDKOVÁ, Irena. Postavení hipoterapie v animoterapii a působení zvířat na člověka. In MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s 279-287. ISBN 80-244-1075-3.
3. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
4. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
5. HOLLÝ, Karol, HORNÁČEK, Karol. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005. 293 s. ISBN 80-7225-190-2.
6. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
7. KANTOR, Jiří. Muzikoterapie. In MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s 169-199. ISBN 80-244-1075-3.
8. KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana, GROCHALOVÁ, Katarína. Vibroakustická terapie. In KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. s 229-231. ISBN 978-80-247-2846-9.
9. KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana. Struktura muzikoterapie. In KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. s 107-129. ISBN 978-80-247-2846-9.

10. KANTOR, Jiří. Vymezení muzikoterapie. In KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. s 21-28. ISBN 978-80-247-2846-9.
11. LIPSKÝ, Matěj. Muzikoterapie a psychoterapie. In KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. s 44. ISBN 978-80-247-2846-9.
12. LUDÍKOVÁ, Libuše. Problematika osob s vícenásobným postižením. In REOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s 303-306. ISBN 80-244-1073-7.
13. LUDÍKOVÁ, Libuše. Problematika péče o dítě s postižením v předškolním věku. In REOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s 149-153. ISBN 80-244-1073-7.
14. LUDÍKOVÁ, Libuše. Teorie kombinovaných vad. In LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s 8. ISBN 80-244-1154-7.
15. MICHALÍK, Jan. Individuální vzdělávací program. In MÜLLER, Oldřich a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. s 50. ISBN 80-244-0231-9.
16. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
17. MONATOVÁ, Lili. *Pedagogika speciální*. Brno: Masarykova univerzita, 1995. 199 s. ISBN 80-210-1009-6.
18. MŠMT ČR. *Charakteristika postižení více vadami*. In Věstník MŠMT ČR. 1997, sešit 8, č. j. 25 602/97-22. s 18.
19. MÜLLER, Oldřich. Teoretický úvod. In MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s 30. ISBN 80-244-1075-3.
20. MÜLLER, Oldřich. Terapeuticko-formativní přístupy ve speciální pedagogice. In REOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s 59-72. ISBN 80-244-1073-7.

21. NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata umí léčit: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.
22. NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. s 57. ISBN 80-7178-197-5.
23. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
24. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 150 s. ISBN 978-80-210-5266-6.
25. PITRAMNOVÁ, Věra, MATOLÍNOVÁ, Vendula, VOTAVA, Jiří. Fyzioterapeut. In VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. s 29-35. ISBN 80-246-0708-5.
26. PROCHÁZKOVÁ, Lucie. Role doteku při komunikaci s těžce postiženými jedinci. In HÁJKOVÁ, Vanda (ed.) a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha: Somatopedická společnost, 2009. s 111-121. ISBN 978-80-904464-0-3.
27. STRNADOVÁ, Iva, ŠUMNÍKOVÁ, Pavlína. Komunikace mezi odborníky a rodiči dětí s kombinovaným postižením školního věku. In HÁJKOVÁ, Vanda (ed.) a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha: Somatopedická společnost, 2009. s 56. ISBN 978-80-904464-0-3.
28. ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
29. ŠVARŘÍČEK, Roman. Hlubkový rozhovor. In ŠVARŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. s 159-184. ISBN 978-80-7367-313-0.
30. ŠVARŘÍČEK, Roman. Kvalitativní přístup a jeho teoretická a metodologická východiska. In ŠVARŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní*

- výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. s 12-27. ISBN 978-80-7367-313-0.
31. ŠVARÍČEK, Roman. Zúčastněné pozorování. In ŠVARÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. s 143. ISBN 978-80-7367-313-0.
  32. ŠVESTKOVÁ, Olga. Rehabilitace v České republice. In LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. s 225-269. ISBN 80-7262-317-6.
  33. VÍTKOVÁ, Marie. Edukace jedinců s tělesným postižením a chronickým onemocněním. In PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vydání. Brno: Paido, 2010. s 214. ISBN 978-80-7315-198-0.
  34. VÍTKOVÁ, Marie. Edukace jedinců s tělesným postižením. In VÍTKOVÁ, Marie (ed.) a kol. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. s 169-189. ISBN 80-7315-071-9.
  35. VÍTKOVÁ, Marie. Metoda bazální stimulace a její využití při edukaci žáků s těžším postižením a více vadami. In MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s 223-251. ISBN 80-244-1075-3.
  36. VÍTKOVÁ, Marie. Vzdělání a terapie žáků s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami. In PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vydání. Brno: Paido, 2010. s 343-366. ISBN 978-80-7315-198-0.
  37. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kol. *Velký lékařský slovník*. 8. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. s 185. ISBN 978-80-7345-166-0.
  38. VOTAVA, Jiří, KAPROVÁ, Zuzana. Vysvětlení základních pojmů. In VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. s 123-126. ISBN 80-246-0708-5.
  39. VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace a její složky. In VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. s 14-16. ISBN 80-246-0708-5.
  40. VOTAVA, Jiří. Rehabilitační tým. In VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. s 27. ISBN 80-246-0708-5.



41. VOTAVA, Jiří, ŠVESTKOVÁ, Olga. Vymezení pojmů. In VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. s 24-26. ISBN 80-246-0708-5.
42. VRBOVÁ, Jana. Canisterapie. In MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s 288-295. ISBN 80-244-1075-3.
43. VÝZKUMNÝ ÚSTAV PEDAGOGICKÝ. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. Praha: VUP, 2008. 110 s. ISBN 978-80-87000-25-0.

## Internetové zdroje

1. ČEVELA, Rostislav, ČELEDVÁ Libuše. Rehabilitace zdravotně postižených musí být součástí uceleného systému. In *Práce a sociální politika* [on-line]. Praha: MŠMT, 2011, 10, 4 [cit. 1. 2. 2012]. ISSN 0049-0962. Dostupné z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/11613/PSP\\_10\\_2011\\_web.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11613/PSP_10_2011_web.pdf)>.
2. ČR. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014* [on-line]. [cit. 30. 1. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.nrzp.cz/dokumenty/np-ozp.pdf>>.
3. ČR. *Zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu* [on-line]. 14. 3. 2006, [cit. 4. 2. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.tzb-info.cz/pravni-predpisy/zakon-c-183-2006-sb-o-uzemnim-planovani-a-stavebnim-radu-stavebni-zakon>>.
4. ČR. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [on-line]. 14. 3. 2006, [cit. 1. 2. 2012]. Dostupné na WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?l=108/2006](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?l=108/2006)>.
5. ČR. *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti* [on-line]. 13. 5. 2004, [cit. 3. 2. 2012]. Dostupné z WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/\\_s.155/701?l=435/2004](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/_s.155/701?l=435/2004)>.
6. ČR. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání* [on-line]. 29. 4. 2004, [cit. 2. 2. 2012]. Dostupné z WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?l=561/2004](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?l=561/2004)>.
7. Diakonie ČCE-středisko Západní Čechy. *Cíl služby* [on-line]. [cit. 8. 5. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.diakoniezapad.cz/nase-sluzby/denni-stacionar-a-pobytove-sluzby/stacionar-clovick-plzen/>>.
8. Diakonie ČCE-středisko Západní Čechy. *Poslání* [on-line]. [cit. 8. 5. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.diakoniezapad.cz/nase-sluzby/denni-stacionar-a-pobytove-sluzby/stacionar-clovick-plzen/>>.

9. Diakonie ČCE-středisko Západní Čechy. *Principy poskytování služby*. [on-line]. [cit. 8. 5. 2012]. Dostupné z WWW:  
<<http://www.diakoniezapad.cz/nase-sluzby/denni-stacionar-a-pobytove-sluzby/stacionar-clovicek-plzen/>>.
10. KRÁSA, Václav. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením aneb diverzita po česku* [on-line]. 2011, [cit. 31. 1. 2012.] Dostupné z WWW:  
<<http://www.diverzitaproozp.cz/system/files/09%20V%C3%A1clav%20Kr%C3%A1sa%20-%20Ucelen%C3%A1%20rehabilitace.pdf>>.
11. MMR ČR. *Vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb* [on-line]. 5. 11. 2009, [cit. 4. 2. 2012]. Dostupné z WWW:  
<<http://www.mmr.cz/CMSPages/GetFile.aspx?guid=e2ee431a-846a-4847-853b-70918ff0e2ad>>.
12. MPSV ČR. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách* [on-line]. 15. 11. 2006, [cit. 25. 3. 2012]. Dostupné z WWW:  
<[http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=3&idBiblio=63146&recShow=46&l\\_nr=505~2F2006~20Sb.&l\\_name=k~20proveden~C3~AD~20z~C3~A1kona~20o~20soci~C3~A1ln~C3~ADch~20slu~C5~BEb~C3~A1ch&fulltext=&nr=505~2F2006&part=&name=#parCnt](http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=3&idBiblio=63146&recShow=46&l_nr=505~2F2006~20Sb.&l_name=k~20proveden~C3~AD~20z~C3~A1kona~20o~20soci~C3~A1ln~C3~ADch~20slu~C5~BEb~C3~A1ch&fulltext=&nr=505~2F2006&part=&name=#parCnt)>.
13. MŠMT ČR. *Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* [on-line]. 9. 2. 2005, [cit. 2. 2. 2012]. Dostupné z WWW:  
<[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/\\_s.155/701?l=72/2005](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/_s.155/701?l=72/2005)>.
14. MŠMT ČR. *Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* [on-line]. 9. 2. 2005, [cit. 4. 2. 2012]. Dostupné z WWW:  
<[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/\\_s.155/701?l=73/2005](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/_s.155/701?l=73/2005)>.

15. OSN. *Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením* [on-line]. [cit. 30. 1. 2012]. Dostupné z WWW: <http://www.nrzp.cz/images/PDF/spvpozp1993.pdf>.
16. OSN. *Všeobecná deklarace lidských práv* [on-line]. 10. 12. 1948, [cit. 22. 3. 2012]. Dostupné z WWW: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>.